

POTILASTIEDON RAKENTEISEN KIRJAAMISEN OPAS OSA 1

Versio 2018

Taina Jokinen
Heikki Virkkunen
(toim.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

SISÄLLYS

Lukijalle versio 2018	7
Lukijalle versio 2015	8
Lukijalle	9
Tiivistelmä	10
1 Oppaan tausta ja tavoite	11
1.1 Oppaan tavoite	11
1.2 Oppaan suhde muihin oppaisiin ja rajaukset	12
1.3 Oppaan käyttö ja rakenne	12
2 Rakenteistamisen hyödyt	14
2.1 Hyötyä ammattihenkilöille ja organisaatioille	14
2.2 Hyötyä potilaalle	15
3 Lainsäädännön asettamat puitteet	16
3.1 Potilasasiakirjamerkinnot	16
3.2 Yksityisyys ja potilastietojen käsittely	16
3.3 Kanta-palvelut ja niiden käyttöönotto	17
3.3.1 Keskeiset valtakunnalliset toimijat ja vastuut	18
3.3.2 Potilastiedon arkisto ja alueellinen yhteinen potilasrekisteri	18
3.3.3 Resepti-palvelu	19
3.3.4 Tiedonhallintapalvelu ja Omakanta	19
4 Potilasasiakirjat ja potilaskertomuksen rakenteet	20
4.1 Yleistä potilasasiakirjoista	20
4.2 Rakenteisen tiedon periaatteet	21
4.3 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteet	21
4.4 Erikoisala- ja ammattikohtaisten potilastietojen käyttö	23
5 Näkymät	25
5.1 Lisänäkymät	26
5.2 Erikoisalakohdaiset näkymät	27
5.3 Palvelukohtaiset näkymät	28
5.4 Ammatilliset näkymät	29
5.5 Yleiset näkymät	29
5.6 Koosteet	31
5.7 Erityissuojatut näkymät	31
5.8 Lomaketyypiset näkymät	32
5.9 Tekniset näkymät	32
6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot	33
6.1 Hoitoprosessin vaiheet	33

6.2 Otsikot ja lisäotsikot	35
6.3 Otsikoiden käyttäminen eri vaiheissa	36
7 Potilaan perustiedot	45
7.1 Henkilön yksilöintitiedot	45
7.2 Henkilön yhteystiedot	47
7.3 Yhteyshenkilö	48
7.4 Vakuutusyhtiö	48
7.5 Turvakielto	48
7.6 Henkilötietolomake	49
7.7 Henkilötietojen jatkokehitys	49
8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tiedot	50
8.1 Merkinnän tekijän ja hoidon antajan tunnistetiedot	50
8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot	51
9 Tulokset, käyntisyys ja diagnoosit	53
9.1 Tulosyy	54
9.2 Käyntisyys	55
9.3 Diagnoosi	55
9.4 Diagnoosin ja käyntisyyn tietosisällöt	56
9.4.1 Diagnoosi- ja käyntisyyskoodit	56
9.4.2 Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus	57
9.4.3 Diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyys	57
9.4.4 Diagnoosin tai käyntisyyn varmuusaste	58
9.4.5 Tiedon lähde	59
9.4.6 Diagnoosin tai käyntisyyn toteamishetken tiedot	59
9.4.7 Diagnoosin päättymisen tiedot	60
9.4.8 Hoitopisodi ja diagnoosin tai käyntisyyn episoditunnus	60
9.5 Aiempien diagnoosi- ja käyntisyysmerkintöjen hyödyntäminen	61
9.5.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen	61
9.5.2 Diagnoosin tai käyntisyyn tarkentaminen	62
9.6 Diagnoosien ja käyntisyiden koostetiedot	63
10 Riskitiedot	64
10.1 Riskitietojen tietosisältö	65
10.1.1 Riskitiedon tyyppi ja riskin koodi	65
10.1.2 Riskitiedon nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet	66
10.1.3 Riskitiedon aste	67
10.1.4 Riskin rakenteiset tarkennetiedot	68
10.1.5 Riskin toteamisen tiedot	68
10.1.6 Riskin päättymisen tiedot	68
10.2 Eri riskityyppien kirjaaminen	69

10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat	69
10.2.2 Muut allergiat	69
10.2.3 Riskitaudit ja -hoidot	70
10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat	70
10.2.5 Erytishuomiointia vaativat hoidot	70
10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit	71
10.2.7 Mikrobit ja eristystarve	71
10.2.8 Hoidon rajaukset	72
10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit	72
10.2.10 Muut riskit	73
10.2.11 Raskaustiedon kirjaaminen	73
10.3 Riskitietojen kooste	73
11 Terveystien vaikuttavat tekijät	75
11.1 Terveystien vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen	76
11.2 Terveystien vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit	77
11.2.1 Tupakointi	77
11.2.2 Päihteet ja huumaavat aineet	78
11.2.3 Liikunta	78
11.2.4 Raskaus	78
11.2.5 Ravitseminen	79
11.2.6 Suun ja hampaiden kunto	79
12 Tutkimukset ja mittaukset	80
12.1 Fysiologiset mittaukset	81
12.1.1 Fysiologisten mittaustietojen kirjaaminen	81
12.1.2 Fysiologisten mittausten koostetiedot	82
12.2 Laboratoriotutkimukset	83
12.2.1 Laboratoriotutkimusten pyynnöt	83
12.2.2 Laboratoriotutkimusten tulokset ja lausunnot	84
12.2.3 Laboratoriotutkimusten koostetiedot	84
12.3 Kuvantamistutkimukset	85
12.3.1 Kuvantamistutkimusten pyynnöt	85
12.3.2 Toteutuneet kuvantamistutkimukset	86
12.3.3 Kuvantamistutkimusten lausunnot	86
12.3.4 Näkyvän valon kuvat	86
12.3.5 Säteilialtistus	87
12.3.6 Kuvantamistutkimusten koostetiedot	88
13 Toimenpiteet	89
13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen	90
13.2 Toimenpiteiden kooste, toimenpidekertomus ja yhteenvetotiedot	91

13.3	Toimenpiteisiin liittyvät valokuvat ja muut kuvat	92
14	Lääkehoito	93
14.1	Lääkitystiedot ja niiden kehittäminen 2015–2022	93
14.2	Lääkitysmerkintöjen kirjaaminen	94
14.2.1	Lääkkeen määrääjän tiedot	95
14.2.2	Lääkkeen perustiedot	95
14.2.3	Lääkeannos	96
14.2.4	Lääkepakkaus ja määrätty määrä	96
14.2.5	Käyttötarkoitus	96
14.2.6	Lääkkeen muuttaminen	97
14.2.7	Lääkkeen haittavaikutus	97
14.2.8	Lääkkeeseen liittyvät riskitiedot kirjaukset	98
14.2.9	Lääkkeen vaihdettavuus	98
14.2.10	Tiedon lähde	98
14.2.11	Lääkkeen antokirjaus	98
14.3	Lääkityksen tarkistaminen	99
14.3.1	Osittainen lääkityksen tarkistaminen	99
14.3.2	Kokonaislääkityksen tarkistaminen	100
14.3.3	Lääkehoidon ohjeistus	101
15	Ennaltaehkäisy ja rokotukset	102
15.1	Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto	102
15.2	Rokotustiedot	103
15.3	Rokotusyhteenvedo ja rokotusrekisterit	105
16	Lausunnot ja todistukset	106
16.1	Vakioidut lomakerakenteet	106
16.2	Vapaamuotoiset lausunnot	107
16.3	Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet	107
17	Yhteenvedo- ja päivittäismerkinnät	109
17.1	Palvelutapahtuman yhteenvedo	109
17.2	Loppu- ja väliarviot	109
17.3	Päivittäismerkintä	110
18	Terveys- ja hoitosuunnitelma	111
18.1	Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite	112
18.2	Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita	112
18.3	Terveys- ja hoitosuunnitelman täyttäminen	112
18.3.1	Hoidon tarve	113
18.3.2	Hoidon tavoite	113
18.3.3	Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot	113
18.3.4	Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi	114

18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot	114
18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki	114
19 Tahdonilmaukset	116
19.1 Hoitotahto	116
19.2 Elinluovutustahto	116
20 Ostopalvelun valtuutus	118
20.1 Edellytykset ostopalvelun valtuutukselle	118
20.2 Ostopalvelun valtuutuksen laatiminen	119
20.2.1 Käyttö- ja arkistointioikeudet väestötasoisessa valtuutuksessa	119
20.2.2 Käyttö- ja arkistointioikeudet potilaskohtaisessa valtuutuksessa	120
20.3 Ostopalvelun valtuutuksen hallinnointi	120
20.4 Potilasasiakirjojen käsittely ostopalvelussa	121
20.4.1 Potilasasiakirjojen haku ja käyttö	121
20.4.2 Potilasasiakirjojen arkistointi, korjaus ja mitätöinti	122
21 Potilastietojen luovutus	123
21.1 Potilastietojen luovutuksen peruskäsitteet	123
21.2 Potilastietojen luovutus perustuu lakiin	124
21.3 Informointiasiakirja	125
21.4 Suostumusasiakirja	125
21.5 Kieltoasiakirja	125
21.6 Potilaan tietojen tarkastaminen	126
22 Kirjaamisen standardista	127
22.1 Sähköisen potilaskertomuksen standardirakenne	127
22.2 Näyttömuoto ja rakenteinen muoto	128
22.3 CDA-asiakirjan toteutus	129
22.4 Kenttäpituudet rakenteisessa kirjaamisessa	130
22.5 Päivämäärien ja muiden aikaleimojen kirjaaminen	131
Lähteet	132
Liite 1: Keskeiset käsitteet ja ilmaukset	135
Liite 2: Kertomusesimerkki	137

Lukijalle versio 2018

Rakenteisen kirjaamisen oppaan (osa 1) vuoden 2018 versiossa on poistettu vanhentuneita ohjeita tai havaittuja virheitä. Lisäksi joitain kirjaamisohjeita on tarpeen mukaan tarkennettu tai muutoin päivitetty. Opas on päivitetty vastaamaan pääosin vuosien 2017–2020 tilannetta painottuen tietorakenteisiin, jotka ovat tuolloin saatavilla Potilastiedon arkiston käyttäjien tietojärjestelmiin potilastiedon kirjaamisen ja arkistoinnin tueksi. Oppaassa on pyritty huomioimaan myös Kanta-palvelujen uusimpien ja tulevien tietosisältöjen julkaisusuunnitelma ja aikataulua.

Kirjaamisohjeita on päivitetty käytännössä kaikissa luvuissa. Osassa on tehty laajempia ja osassa pienempiä päivityksiä. Joidenkin lukujen tietoja on yhdistetty ja esimerkiksi 2015 version luku 6 on eriytetty lukuihin 4, 5 ja 6. Kokonaan uusi on luku 20, joka kuvaa ostopalvelun valtuutuksen laatimista ja sen oikeutuksella toteutuvaa potilastietojen käyttöä ja kirjaamista.

Tätä opasta kirjoitettaessa on valmistelussa potilastiedon käsittelyyn ja kirjaamiseen liittyvää lainsäädäntöä, joka huomioidaan seuraavassa päivityksessä (2019). Myös kansallisiin hoitoilmoitustietoihin (HILMO) on tulossa muutoksia. Lisäksi potilaskertomustiedoissa on meneillään useita tietomäärittelyjä, jotka vaikuttavat tämän oppaan nykyisiin kirjaamisohjeisiin (esimerkiksi valtakunnallinen lääkityslista) mahdollistaen jatkossa potilastietojen aiempaa paremman rakenteisen kirjaamisen ja hyödyntämisen.

Tarkempia erillisohjeita laaditaan jatkossa niin erikoisala-, palveluala- ja ammattiryhmäkohtaiseen kirjaamiseen kuin tiettyjen potilasryhmien hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. Julkaistavat ohjeet liittyvät esimerkiksi suun terveydenhuollon, työterveyshuollon, ensihoitopalvelun, raskauden ajan ja äitiyshuollon, lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon, kuntoutuksen ja toimintakyvyn, hoitotyön päivittäismerkintöjen sekä psykiatrian tietomäärittelyihin. Näitä kirjaamisohjeita on tarkoitus julkaista sitä mukaa, kun ne valmistuvat (ns. oppaan osa 2 julkaisu).

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäisen osan päivitys on tuotettu pääosin THL:n sisäisenä työnä. Lisäksi päivitystyöhön on osallistunut muista organisaatioista eri alojen asiantuntijoita. Kaikille isot kiitokset yhteistyöstä. Erityiskiitokset Tuija Savolaiselle, Outi Lehtokarille, Jonna Saloselle ja Kauko Hartikaiselle.

Helsingissä kesäkuussa 2018

Toimittajat

Lukijalle versio 2015

Rakenteisen kirjaamisen oppaan vuoden 2015 päivitysversiona on tarkennettu kirjaamisen ohjeistusta. Opa on päivitetty vastaamaan 2017–2018 tilannetta painottuen kirjaamisrakenteisiin, joita suunnitellusti ovat silloin käytettävissä. Kirjaamisohjeita on päivitetty laajasti luvuissa 6 ja 14 ja muissa luvuissa on tehty pienempiä päivityksiä.

Lisäksi aikaisempi luku 17 Apuvälineet, toimintakyky ja kuntoutus on kokonaisuudessaan siirretty oppaan osaan kaksi, jossa sen osuutta laajennetaan ja syvennetään. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen oppaan toinen osa kattaa erityis- ja ammattialakohtaisen kirjaamisen sekä mm. tiettyjen tautiryhmien kirjaamista. Oppaan toinen osa on THL:n valmistelussa ja julkaistaan vuoden 2015 kuluessa.

Oppaan toimittajien lisäksi Jari Numminen tarkensi terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamista käyttäjän näkökulmasta ja osallistui luvun 11 Terveystieteen vaikuttavat tekijät tarkentamiseen.

Rakenteisen kirjaamisen ensimmäisen osan päivitys on tuotettu THL:n sisäisenä työnä, mutta tahdomme kiittää päivitettyä sisältöä toimittanutta Jari Nummista Hämeenlinnan terveystieteiden palveluista. Lisäksi päivitykseen ovat antaneet palautetta Mikko Härkönen ja Anna Kärkkäinen, THL sekä Tuija Savolainen Kuntaliitosta.

Helsingissä huhtikuussa 2015

Toimittajat

Lukijalle

Rakenteisen kirjaamisen oppaan tavoitteena on kuvata valtakunnallisesti yhtenäisten rakenteiden potilastietojen kirjaamista ja käyttöä potilastiedon kirjaajan tai käyttäjän näkökulmasta. Opas sisältää esittelyn potilaskertomuksen yhtenäisistä rakenteista, näkymistä, otsikoista ja hoitoprosessin vaiheistuksesta. Aihekohtaiset kuvaukset sisältävät myös rakenteisiin liittyvien luokitusten ja koodistojen esittelyä.

Jotta terveydenhuollossa voidaan hyödyntää valtakunnallisessa Potilastiedon arkistossa olevia tietoja, on arkistoon tallennettavan tiedon oltava yhdenmukaista. Yhdenmukainen potilastieto parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä eri käyttötarkoituksiin, ja näin vähentää moninkertaista kirjaamista.

Tämä julkaisu korvaa oppaan Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt luvut 1 – 6 (Ydintieto-opas, 2009). Rakenteisen kirjaamisen opas koostuu kahdesta osasta. Osa I sisältää Ydintieto- oppaan alkuosan päivitetyt luvut 1-6 ja myöhemmin ilmestytävä osa II yksityiskohtaisemmat eri ammatti- ryhmien käyttämät ja erikoisalakohdaiset tiedot. Tässä oppaan versiossa kuvataan rakenteista kirjaamista vuonna 2014 edellytettävien valtakunnallisten kertomusrakenteiden mukaisesti.

Opas on tarkoitettu ensisijaisesti terveydenhuollon potilastietojärjestelmien pääkäyttäjille sekä esimerkiksi potilastiedon kirjaamisen koulutuksia järjestäville tai organisaatio- ja järjestelmäkohtaisia ohjeita laativille sekä tarpeen mukaan myös muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Potilastietojärjestelmien toimittajille oppaasta on hyötyä muun muassa arvioitaessa määritysten mukaisten muutosten vaikutuksia.

Oppaan sisältö tuotettiin toimituskunnassa, johon kuuluivat:

Jorma Komulainen	Duodecim
Tuija Savolainen	Kuntaliitto
Kauko Hartikainen	Kuntaliitto
Jari Numminen	Hämeenlinnan terveystieteiden tutkimuskeskus
Jukka Lehtovirta	THL
Heikki Virkkunen	THL
Riikka Vuokko	THL
Taina Jokinen	THL

Kiitämme Marja Rahkolaa ja Outi Töytäriä heidän kuntoutusluvun kehittämiseksi tekemästään työstä. Lisäksi kiitämme arvokkaasta palautteesta lokakuussa 2013 valtakunnallisella palautekierroksella oppaan sisältöä kommentoineita asiantuntijoita sekä oppaan esilukijoina toimineita Päivi Mäkelä-Bengsiä, Mikko Härköstä ja Ulla-Mari Kinnusta arvokkaasta palautteesta sekä Virpi Kalliokuusta oppaan oikoluvusta. Kommentointikierroksella saatiin lisäksi tärkeitä kehitysehdotuksia, joita voidaan ottaa huomioon oppaan tulevissa päivityksissä.

Helsingissä marraskuussa 2013

Toimittajat

Tiivistelmä

Jokinen, Taina ja Virkkunen, Heikki (toim.) Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 137 sivua. Helsinki, 2018. (verkkojulkaisu).

Potilaskertomukseen kirjataan kaikki sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden seurannan, diagnostiikan sekä hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta tarpeellinen tieto potilaasta. Rakenteisen kirjaamisen oppaassa kuvataan keskeisiä kertomusrakenteita ensisijaisesti potilastiedon kirjaajan näkökulmasta. Potilastiedon rakenteilla tarkoitetaan tässä oppaassa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan valtakunnallisesti yhtenäisten tietorakenteiden avulla. Rakenteista tietoa voidaan useimmiten tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä.

Kirjaamisen yhtenäisyys perustuu terveydenhuollon valtakunnallisten sähköisten palveluiden järjestämisen vaatimuksiin. Potilastiedon arkistoon tallennettu tietosisältö on moniammatillisesti käytettävissä terveyden ja sairauden hoitoon palvelunantaja- ja järjestelmäriippumattomasti potilaan suostumuksen ja kieltojen määrittelemissä rajoissa. Potilaskertomuksen tietosisältöä voidaan hyödyntää potilastiedon dokumentoinnin lisäksi esimerkiksi hoidon saavutettavuuden ja laadun seurantaan, toiminnan vaikuttavuuden arviointiin ja vertailuun sekä valtakunnalliseen tilastointiin ja tutkimukseen. Oppaassa esitellään lainsäädännön puitteet potilastiedon moniammatilliseen kirjaamiseen, tallentamiseen ja käsittelyyn.

Rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti hoitotiedot ovat keskeisiltä osiltaan yhteneviä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Samoin keskeiset tietorakenteet ovat yhtenevät sekä julkisella että yksityisellä palvelunantajalla. Sähköinen potilaskertomus sisältää näkymiä, joille terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilastietoa jäsentäen asiakokonaisuuksia hoidon eri vaiheilla ja otsikoilla. Otsikon alle kirjattavaa tietoa voidaan rakenteistaa edelleen käyttämällä kirjaamiseen määriteltyjä koodistoja ja luokituksia. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa joitakin tietoja automaattisesti, kuten tiedon hoitoprosessin vaiheesta, jolloin järjestelmä avustaa kirjaamista eikä kirjaajan tarvitse merkitä kertomukseen kaikkea tietoa itse. Tiedonhallintapalvelu voi muodostaa eri palvelunantajien kirjaamista keskeisistä potilastiedoista koosteita, jotka näytetään käyttäjälle hänen omassa potilastietojärjestelmässään.

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäisessä osassa kuvataan tarkemman asiakohtaisen kirjaamisen tasolla seuraavia kokonaisuuksia: potilaan perustiedot, hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot, tulosyy, käyntisyys ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, ennaltaehkäisy ja rokotukset, lausunnot ja todistukset, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi opas ohjeistaa ostopalvelun valtuutuksen laatimisen ja valtuutuksella toimimisen käytäntöjä, potilaan tahdonilmausten kirjaamista sekä potilaan tietojen luovutusta eri palvelunantajien hyödynnettäväksi. Opas sisältää potilastietojen kirjaamiseen ja tietojen koostamiseen liittyviä esimerkkejä. Liitteissä on lisäksi esitetty oppaassa käytettyjä keskeisiä käsitteitä ja ilmauksia sekä esimerkki hoitoyhteenvedosta.

Avainsanat: Terveystieteiden tutkimus, sähköinen potilaskertomus, potilastieto, Kanta-palvelut, tietorakenne, luokitus, koodisto, näkymä, otsikko, hoitoprosessin vaihe, yhtenäisyys.

1 Oppaan tausta ja tavoite

1.1 Oppaan tavoite

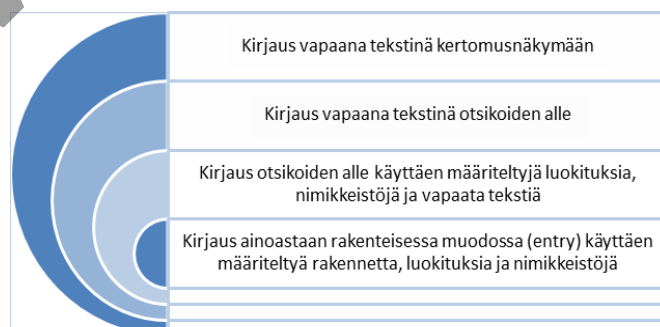
Tämän oppaan ensisijainen tarkoitus on tukea ja ohjeistaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä potilastietojen rakenteisessa kirjaamisessa ja edistää potilaskertomukseen tehtävien hoidollisten merkintöjen yhdenmukaisuutta. Potilastiedon rakenteista kirjaamista tullaan tarkentamaan erikoisala- tai palvelu- ja ammattiryhmäkohtaisilla ohjeilla tässä oppaassa julkaistavien yleisluontoisten ohjeiden tueksi. Rakenteisten tietosisältöjen yhtenäistämistä ja hyödyntämistä kehitetään yhteistyössä ja moniammatillisesti eri toimijoiden kesken.

Potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista ohjaavat useat lait ja asetukset sekä näiden soveltamisesta laaditut ohjeet ja oppaat. Esimerkiksi *Potilasasiakirjaoppaassa* (STM 2012) annetaan säädöksiin perustuvaa yleistä ohjeistusta, joka koskee potilaskertomustiedon tuottamista sekä potilasasiakirjojen käsittelyä ja säilyttämistä. Tässä kirjaamisoppaassa tarkennetaan, miten kirjaajan tulee soveltaa lakisääteisiä ohjeita ja käyttää valtakunnallisesti sovittuja tietosisältöjä kirjatessaan tietoja potilaan kertomukseen.

Jokaisen potilaan hoidossa kirjataan tarpeelliset ja riittävät tiedot terveyden- ja sairaanhoidosta sekä muita potilaan hoidon kannalta välttämättömiä tietoja. Potilastiedon kirjaamisessa hyödynnetään valtakunnallisesti yhtenäisiksi sovittuja tietorakenteita. Tässä oppaassa niillä tarkoitetaan sähköisen potilaskertomuksen rakenteita, kuten näkymiä ja otsikoita sekä muita koodistoja, luokituksia ja termistöjä.

Potilasasiakirjojen yhtenäisten tietorakenteiden käyttö helpottaa kirjaamista ja tehostaa tiedon löytämistä. Kertaalleen kirjattua tietoa voidaan myös hyödyntää uudestaan eri toimijoiden tarpeisiin. Potilastiedon rakenteisuus vähentää tarvetta kopioida manuaalisesti tietoa järjestelmästä, asiakirjasta tai näytöstä toiseen, kun esimerkiksi pelkkä tiedon linkitys riittää. Potilastietojärjestelmä voi tarjota käyttäjälle oletusarvona tiettyä tietorakennetta, kuten hoitoprosessin vaihetta tai otsikkoa. Rakenteista tietoa voidaan hyödyntää myös erilaisissa päätöksentuen prosesseissa tai sovelluksissa. Lisäksi rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa kertakirjauksen periaatteiden hyödyntämisen tulevaisuudessa valtakunnallisen tilasto- ja rekisteritiedon tuottamisessa.

Potilasasiakirjoihin määritellyt yhtenäiset tietorakenteet ovat edellytyksenä valtakunnallisten sähköisten tietojärjestelmäpalvelujen (Kanta-palvelut) käyttöön ja hyödyntämiseen. Tiedon rakenteisuudessa voidaan erottaa eri asteita (kuvio 1). Potilastietoja voi kirjata kulloinkin riittäväksi arvioidulla rakenteisuudella.



Kuvio 1. Rakenteisuuden asteita

1.2 Oppaan suhde muihin oppaisiin ja rajaukset

Rakenteista kirjaamista ja siihen liittyviä vaatimuksia opastetaan tämän oppaan lisäksi muisakin ohjeissa ja julkaisuissa. Monilla viranomaisilla on omia oppaitaan, jotka osaltaan mm. tarkentavat potilastiedon käsittelyä tietyistä, erityisestä näkökulmasta (esimerkiksi haittavaikutuksista tai vaaratapahtumista ilmoittaminen). Viranomaistoiminnan ohjeilla tarkennetaan myös terveydenhuollon alaan liittyvää valvontaa ja ilmoitusvelvollisuutta.

Muita kirjaamiseen liittyviä oppaita ovat eri rakenteiden tai luokitusten käyttöön liittyvät ohjekirjat. Tällaisia ovat esimerkiksi ICD- ja ICPC -luokitusten sekä THL-Toimenpidealuokituksen käyttöoppaat ja Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (2012). Lisätietoa löytyy osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/terveydenhuollon-rakenteinen-kirjaaminen>

Näiden lisäksi on laadittu erikois- tai palvelualakohtaisia ja ammattiryhmäkohtaisia kirjaamisohjeita koodistojen, luokitusten tai nimikkeistöjen käyttöön. Myös monet ammatilliset yhdistykset tai liitot ovat laatineet suosituksia kirjaamisen tueksi.

Tässä oppaassa ei kuvata tarkemmin tietojärjestelmien toiminnallisia tai vaatimusmäärittelyjä, jotka koskevat Potilastiedon arkistoon tallennettavia tietoja tai käyttöä. Niitä kuvataan omissa julkaisuissaan THL:n Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla -sivustolla (<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/maaraykset-ja-maarittelyt>) sekä kanta.fi -sivustolla. Oppaassa ei myöskään arvioida sellaista rakenteisen tiedon käytettävyyttä, jota ei ole määritetty valtakunnallisella tasolla. Käytettävyys on pitkälti riippuvainen potilastietojärjestelmätoteutuksesta.

Tässä oppaassa ei myöskään ohjeisteta rakenteisesti kirjatun potilastiedon toissijaista käyttöä tilasto- ja rekisteritarkoituksiin. Niihin löytyy ohjeita osoitteesta <https://thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut>

1.3 Oppaan käyttö ja rakenne

Rakenteisen kirjaamisen oppaan osa 1, versio 2018 täydentää tämän oppaan aiempia julkaisuja sekä muuta potilastiedon kirjaamisen ja käytön ohjeistusta. Opas on jatkoa vuonna 2009 julkaistun (Ydintieto)oppaan *Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt* luvuille 1- 6. Kirjaamisoppaan jatko-ohjeet (osa 2) täydentävät ko. julkaisun muita lukuja ja aiempia ydintietomäärittelyjä.

Sähköinen potilaskertomus käsittää potilaskertomustiedon lisäksi useiden muiden järjestelmien, kuten kuvantamisen, päivystyksen, ensihoidon ja tehohoidon tietojärjestelmien sekä digitaalisten mittalaitteiden tuottamaa tietoa. Myös näihin (erillis)järjestelmiin kirjattavien tietojen merkinnöistä, tallentamisesta Potilastiedon arkistoon ja käytöstä julkaistaan tarkemman tason kansalliset määrittelyt ja kirjaamisohjeet.

Potilasasiakirjaoppaassa (STM 2012) on lisäksi kuvattu säädöksiin perustuvaa yleistä ohjeistusta, joka koskee potilaskertomustiedon tuottamista sekä potilasasiakirjojen käsittelyä ja säilyttämistä. Rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä kirjaamiskäytäntöjä tulee tarkentaa myös organisaatiokohtaisesti ja tietojärjestelmien käyttöoppaiden avulla.

Rakenteisen kirjaamisen opas on tarkoitettu etenkin terveydenhuollon ammattilaisille tai alan opiskelijoille, jotka päivittäisessä työssään käyttävät ja kirjaavat potilastietoa ja tallentavat sitä Potilastiedon arkistoon. Opasta voivat hyödyntää myös potilastiedon kirjaamista kouluttavat

(esim. oppilaitokset) sekä tietojärjestelmien pääkäyttäjät tai tietohallinnon edustajat, jotka vastaavat sähköisten potilaskertomusten käyttöönotosta, kouluttamisesta ja kertomustiedon hyödynnettävyydestä potilaiden hoidossa. Lisäksi opas toimii apuna järjestelmätoimittajille, jotka suunnittelevat rakenteisen kirjaamisen toteutuksen omissa tietojärjestelmissään. Opasta voivat hyödyntää myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamistehtävissä toimivat, tutkijat tai muut potilastietoa työssään tarvitsevat tahot.

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäiseen osaan on koottu sähköisten potilaskertomusten valtakunnallinen, yhtenäiseksi sovittu rakenne; näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot sekä tietosisällöt keskeisimmille potilasasiakirjojen tiedoille ja niiden kirjaamiselle. Oppaan ensimmäiset luvut (1-4) kuvaavat rakenteisen tiedon käytöstä saatavia hyötyjä, potilastiedon kirjaamista ja käsittelyä ohjaavaa lainsäädäntöä sekä potilasasiakirjojen rakenteiden käytön ja hyödyntämisen yhteisiä periaatteita. Luvuissa 5 ja 6 esitellään tarkemmin sähköisen potilaskertomuksen perusrakenteet, joita ovat näkymät, hoitoprosessin vaiheet ja otsikot. Luvuissa 7 ja 8 kuvataan potilaan, hoidon antajan ja palvelutapahtumien perus- ja tunnistetietoja.

Näiden lukujen jälkeen oppaassa käydään läpi potilastiedon kirjaamista aihealueittain luvuissa 9-18 seuraavasti: tulosyy, käyntisyys ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, ennaltaehkäisy ja rokotukset, lausunnot ja todistukset, yhteenveto- ja päivittäismerkinnät sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Luvussa 19 kuvataan potilaan tahdonilmaisuja ja luvussa 21 potilastiedon luovutushallintaan sisältyvien lomakkeiden kirjaamista. Oppaan luku 20 on uusi ja siinä esitellään ostopalvelun valtuutuksen laatimista ja muita siihen liittyviä toimintoja. Oppaan luku 22 on potilastietojärjestelmän peruskäyttäjän tai kirjaajan kannalta lisäaineistoa, jossa kerrotaan sähköisen potilaskertomuksen asiakirjastandardista ja tähän liittyvistä periaatteista. Opas sisältää lisäksi kaksi liitettä, joissa kuvataan oppaassa käytetyt keskeiset käsitteet ja ilmaukset (liite 1) sekä kertomusesimerkki lopuarviosta (liite 2).

2 Rakenteistamisen hyödyt

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaskertomuksen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa potilastiedon käyttöä, hakua ja hoidon seurantaan sekä yhtenäistää kirjaamista. Vapaamuotoisena tekstinä kirjatun tiedon hyödynnettävyys on rajallisempaa kuin rakenteisen tiedon, erityisesti silloin, kun tietoa halutaan hakea nopeasti ja tarkasti tai kun tietoa yhdistellään esimerkiksi toisella näytöllä tai yhteenvedolla. Rakenteisen kirjaamisen suurin hyöty tulee siitä, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran, minkä jälkeen se on uudelleen käytettävissä omassa sekä toisessa organisaatiossa tai tietojärjestelmässä. Tämä edistää myös potilasturvallisuutta. Rakenteinen tieto tukee ammattilaisen päätöksentekoa esimerkiksi hoito-ohjeiden, muistutusten sekä virhe- ja vaarailmoitusten muodossa. Lisäksi tietojen kirjaaminen yhtenevällä tavalla parantaa potilastiedon laatua. Kanta-palveluihin kuuluvan Omakanta-palvelun avulla potilas voi katsella omia tietojaan. Lisäksi potilas voi vastaisuudessa osallistua hoitoonsa tuottamalla itse tietoa, jota on mahdollista hyödyntää hoidossa. Potilaan itsensä tuottamat hyvinvointitiedot tallennetaan Omakannan omatietovarantoon.

2.1 Hyötyä ammattihenkilöille ja organisaatioille

Terveystietojärjestelmän ammattihenkilön omassa organisaatiossa tai potilastietojärjestelmässä rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua, kun tiedon kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa. Yhteisesti sovittujen tietorakenteiden käyttö helpottaa tiedon löytymistä ja jatkohyödyntämistä. Sähköisen potilaskertomuksen ja valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää eri toimipaikoissa tai terveydenhuollon organisaatioissa ja eri potilastietojärjestelmissä riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut.

Tietojen hyödynnettävyyttä ja yhteiskäyttöisyyttä ovat aikaisemmin vaikeuttaneet esimerkiksi useat potilastietojärjestelmät ja saman potilastietojärjestelmän eri versiot, kun niiden toteuttamisessa ja kehittämisessä on käytetty monenlaisia tietomalleja ja -rakenteita. Kun tiedon rakenteisuuden aste on ollut vähäisempää tai kun potilastietoa on kirjattu pääasiallisesti vapaana tekstinä, tiedon yhteis- ja jatkokäyttömahdollisuudet ovat olleet vähäisempiä.

Rakenteisesti kirjattua tietoa voidaan hyödyntää etenkin päivittäisessä potilastyössä, mutta myös laajemmin, tehtiinpä sitten sähköisiä lääkemääräyksiä, läheteitä, hoitopalautteita, hoitoilmoituksia tai lakisääteisiä rekisteri-ilmoituksia. Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa myös esimerkiksi hoito-ohjeita tarjoavan ja mahdollisista virhe- tai vaaratilanteista varoittavan päätöksenteontuen liittämisen sähköiseen potilaskertomukseen.

Lisäksi rakenteista potilastietoa voidaan hyödyntää organisaatioissa toisissa käyttötarkoituksissa kuin välittömään potilaan sairauden tai terveyden hoitoon. Organisaatiotasolla rakenteisen kirjaaminen mahdollistaa palvelujen toteutumisen arvioinnin sekä toiminnan ohjauksen ja seurannan aikaisempaa paremmin, kun raportointia voidaan automatisoida. Samoin lakiperustaiset, valtakunnan tason valvonta- ja seurantatehtävät helpottuvat. Tietoa voidaan käyttää toissijaisesti myös kliiniseen tutkimukseen, laadun arviointiin ja kustannusten seurantaan.

2.2 Hyötyä potilaalle

Sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua, kun potilaan tiedot ovat aiempaa yhtenäisempiä ja vertailukelpoisempia sekä paremmin haettavissa ja löydettävissä. Hoidon laatua edistää, jos kirjaaminen samalla ohjaa noudattamaan hoitoprosessia tai -suosituksia.

Ajantasaisen tiedon nopea saatavuus hoitavasta organisaatiosta riippumattomasti lisää potilasturvallisuutta. Potilastietojen saattaminen sähköiseen muotoon parantaa myös potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperikertomuksessa. Lisäksi tiedon kirjaajien ja käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä.

Potilas voi katsella omia potilastietojaan sekä reseptejään Omakanta-palvelun kautta ja samalla potilas voi varmistaa kertyvän tiedon oikeellisuutta. Rakenteisesti kirjatusta tiedosta voidaan tuottaa myös potilaalle itselleen tiivistetyn tietoa yhteenvetojen muodossa.

Tulevaisuudessa potilas voi itse tuottaa terveystietojaan esimerkiksi ennen hoitokäyntiä Omakannan omatietovarantoon. Terveystietojen ammattihenkilö hyväksyy tällöin aina hoitopäätöksen perusteena olevat potilaan tuottamat tiedot potilaskertomukseen. Potilaan osallistuminen sähköisen asiainnoin avulla tietojen tuottamiseen voi sekä voimaannuttaa potilasta tai sitouttaa häntä paremmin hoitoon. Lisäksi osallistuminen voi parantaa hoitoprosessin joustavuutta potilaan näkökulmasta ja välillisesti lisätä terveydenhuollon tuottavuutta.

3 Lainsäädännön asettamat puitteet

HYVÄ TIETÄÄ

Suomessa on lainsäädännöllä määrätty, kuinka potilaskertomusmerkintöjä tehdään, kuinka asiakirjoja on säilytettävä ja kenellä on oikeus lukea niitä. Lainsäädäntö ohjaa myös potilasrekisterien hallintaa. Asiakastietolaki (159/2007) ohjaa Kanta-palvelujen käyttöönottoa, jota toteutetaan vaiheistetuksi. Tätä opasta kirjoitettaessa useat lait, kuten asiakastietolaki, ovat muuttumassa. Uutena säädöksenä on tulossa myös laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä. Merkittäviä vaikutuksia potilastietojen käsittelyyn ja hallintaan tulee olemaan SOTE- ja maakuntauudistukseen sekä valinnanvapauteen liittyvillä laeilla. Lakien odotetaan tulevan voimaan vuonna 2018. Tätä lukua päivitetään lainsäädännön muutosten voimaantulon myötä.

3.1 Potilasasiakirjamerkinnot

Terveystietojen ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan terveystietojen ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään (785/1992). Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009, jäljempänä potilasasiakirja-asetus) on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä.

Potilasasiakirja-asetus asettaa vaatimuksia potilasasiakirjojen sisällölle. Potilasasiakirjoihin on terveystietojen ammattihenkilön tai hänen ohjeistuksensa mukaisesti muun hoitoon osallistuvan henkilön merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

Jokaisen terveystietojen toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveystietojen ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomuksessa on oltava potilaan perustiedot, esimerkiksi potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot, ja siihen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Näistä tiedoista tulee käydä ilmi tulosy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppuarvio. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut potilasasiakirja-asetukseen perustuvan soveltamisoppaan (STM 2012). Siinä kuvataan tarkemmin potilasasiakirjojen laatimista ja muuta potilastietojen käsittelyä sekä rekisterinpitoa.

3.2 Yksityisyys ja potilastietojen käsittely

Potilastietojen käsittely perustuu *henkilötietolakiin* (523/1999). Sen tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Lakia sovelletaan henkilötietojen automaattiseen käsittelyyn. Lisäksi *laissa potilaan asemasta ja oikeuksista* (785/1992), *laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista* (812/2000),

laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, jäljempänä asiakastietolaki) ja laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) tarkennetaan potilastiedon käyttöä ja rekisterinpitoa.

Potilasasiakirjat muodostavat henkilötietolaissa tarkoitetun loogisen henkilörekisterin. Samaan henkilörekisteriin kuuluvat kaikki ne potilasta koskevat tiedot, jotka ovat rekisterinpitäjän hallussa ja joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen riippumatta tietojen tallentamistavasta, -ajankohdasta tai -paikasta. Rekisterinpitäjänä toimii terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö. (STM 2012) Potilas- tai asiakastiedon käyttö edellyttää aina asiakas- tai potilassuhdetta tai muulla tavoin perusteltua asiayhteyttä.

Henkilötietolain edellyttämänä henkilörekisterin käyttötarkoitus määritellään siten, että siitä ilmenee, minkälaisen rekisterinpitäjän tehtävien hoitamiseksi henkilötietoja käsitellään, mistä henkilötietoja säännönmukaisesti hankitaan ja mihin niitä säännönmukaisesti luovutetaan. Samoin kaikki muut tietojen käsittelyvaiheet määritellään ja kuvataan, jotta tietojärjestelmät ja niiden rakenteet voidaan suunnitella ja toteuttaa kaikkien käsittelyvaiheiden osalta toiminnallisten, teknisten ja oikeudellisten vaatimusten kannalta asianmukaisesti. Vaatimukset on huomioitava myös henkilökunnan koulutuksissa ja toimintaohjeissa.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan heinäkuussa 2007 ja sitä on muutettu sen jälkeen useamman kerran, viimeksi 2015 (255/2015). Laki sisältää säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista mm. potilastiedon käyttöä säätelevien potilaan informoinnin, suostumuksen ja kieltojen suhteen. Sen tarkoituksena on turvata näiden tietojen käytettävyyden, eheyden ja säilyminen sekä asiakkaan yksityisyyden suoja. Asiakastietojen käsittelylle asetettavien yleisten vaatimusten avulla luodaan perusta asianmukaiselle sähköiselle tietojenkäsittelylle, jossa edellytetään yhtenäisen tietoturvatason toteutumista kaikissa asiakkaan tietojen käsittelyn vaiheissa.

Asiakastietolakiin (159/2007) ollaan parhaillaan tekemässä uusia muutoksia. Uutena lakina on tulossa myös *Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä* (HE 159/2017). Lisäksi vuoden 2018 alussa alkoi uuden yleislain, julkisen hallinnon tiedonhallintalain valmistelu. Lakiin on tarkoitus koota sekä uudistaa ja yhtenäistää sääntelyä julkisuuslaista, arkistolaista ja tietohallintolaista. Mikään näistä lakimuutoksista ei vielä ollut voimassa tätä oppaan versiota kirjoitettaessa.

Tulevina vuosina sovelletaan lisäksi uutta lainsäädäntöä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, kehittämiseen, ohjaukseen ja valvontaan. Julkisella sosiaali- ja terveydenhuollolla tarkoitetaan toimintaa, jonka järjestämisestä ja siihen liittyvästä rahoituksesta vastaa jatkossa maakunta (Alueuudistus 2018). Tähän uudistukseen liittyviä lakeja on valmisteilla useita. Keskeisiä ovat sote-järjestämislaki (HE 15/2017), voimaannpanolaki sekä maakuntalaki. Nämä ja valinnanvapauslait on tarkoitus käsitellä yhdessä keväällä 2018 ja ne voisivat näin tulla voimaan 2018. Nämä tuovat muutostarpeita paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen, myös asiakastietolakiin (159/2007).

3.3 Kanta-palvelut ja niiden käyttöönotto

Potilastiedon arkisto on osa valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja, Kanta-palveluja. Potilastiedon arkistoon sisältyvät potilasasiakirjojen arkistointipalvelu ja Tiedonhallintapalvelu. Muita Kanta-palveluja ovat Reseptipalvelu, Lääketietokanta, Omakanta ja Sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto. Lisäksi kehitteillä on Omakannan Omatietovaranto, jonne kansalainen voi halutessaan tallentaa hyvinvointitietojaan. Uusia Kanta-palveluja ovat myös vanhojen potilastieto-

jen arkistointi - palvelu, todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelu, valtakunnallisen kuva-aineistojen arkiston käyttöönotto (alkaen 2018) sekä ensihoitopalvelun tietovarannon kehittäminen. Kanta-palveluiden käyttöönottoaikataulua on kuvattu vaiheistusasetuksessa (*Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista*, 1257/2015). Etenemisestä on myös saatavilla tarkempi, ajantasainen julkaisusuunnitelma kanta.fi -sivustolta (Kantajulkaisu 2018).

3.3.1 Keskeiset valtakunnalliset toimijat ja vastuut

Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden toteuttamisessa keskeiset toimijat ovat STM, THL, Kela, Väestörekisterikeskus ja Valvira. Valtakunnallisten toimijoiden keskeiset vastuut alueet ovat seuraavat:

- **Sosiaali- ja terveysministeriön** (STM) yhteyteen on perustettu Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon neuvottelukunta, jonka tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen ja kehittämisen sekä palvelujen käyttäjien tietojärjestelmien yhtenäistämisen ja kehittämisen edistäminen (VNA 683/2007).
- **Kansaneläkelaitos** (Kela) hoitaa tietojärjestelmäpalveluita, joiden avulla potilastietojen sähköinen säilytys, käyttö ja luovuttaminen voidaan toteuttaa valtakunnan tasolla yhtenäisin perustein ja tietoturvallisesti. Kela hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antajien lukuun Potilastiedon arkistoa, Tiedonhallintapalvelua, Omakantaa ja Reseptipalvelua sekä Sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoa. Kela vastaa myös luovutuslokirekisterien säilytyksestä osana arkistointipalvelua ja Koodistopalvelun teknisestä ylläpidosta.
- **Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen** (THL) tehtävänä on määrittää valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen edellyttämät tietosisällöt ja -rakenteet. THL vastaa Koodistopalvelun sisällöstä. Lisäksi THL vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisen käsittelyn, siihen liittyvän tietohallinnon, valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja yhteisten hallinnonalakohtaisten tietovarantojen käytön ja toteuttamisen suunnittelusta, ohjauksesta ja seurannasta.
- **Väestörekisterikeskus** (VRK) toimii terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja terveydenhuollon muun henkilöstön, terveydenhuollon palvelujen antajien sekä näiden palvelujen antamiseen osallistuvien organisaatioiden, niiden henkilöstön ja tietoteknisten laitteiden vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista annetussa laissa tarkoitettuna varmentajana.
- **Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto** (Valvira) ylläpitää rooli- ja attribuuttitietopalvelua sekä palveluihin liittyviä koodistoja.

SOTE- ja maakuntauudistuksessa näihin eri toimijoihin ja niiden vastuualueisiin on tulossa muutoksia. Muutokset kuvataan tässä luvussa tarkemmin niiden varmistuttua.

3.3.2 Potilastiedon arkisto ja alueellinen yhteinen potilasrekisteri

Kanta-palvelut perustuvat keskitettyyn potilastiedon säilytys- ja välityspalveluun sekä laissa säädettyyn liittymisvelvollisuuteen. Potilastiedon arkisto on aktiivisesti käytettävä potilastiedon varasto, joka samalla toimii keskitettynä potilastiedon pitkäaikaisarkistona. Arkistosta saatavia asiakirjoja ja tietoja tulee voida katsoa ja hyödyntää samalla tavalla kuin käyttäjä käyttää

omassa potilastietojärjestelmässään olevia tietoja. Potilastiedon arkisto otetaan käyttöön vaiheittain asetuksen (1257/2015) mukaisesti.

Asiakastietolain (159/2007) lisäksi *Terveystietolain* (1326/2010) tarkoituksena on mahdollistaa se, että potilasta hoitavalla henkilökunnalla on hoitosuhteen yhteydessä käytettävissä mahdollisimman ajantasaiset ja kattavat tiedot potilaan terveydentilasta ja hänelle tehdyistä tutkimuksista. Nykymuodossaan lain 9 §:ssä on säädetty sairaanhoitopiiriin alueen kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä. Yhteisen potilasrekisterin tietojen käyttö ja luovutusten hallinta voidaan toteuttaa Kanta-palveluiden avulla. Tietojen käyttö edellyttää potilaan informointia yhteisrekisteristä, mutta se ei vaadi erillistä suostumusta. Potilas voi rajoittaa tietojensa luovuttamista kielloin. Kielto estää tiedon luovuttamisen sekä Potilastiedon arkistosta että sairaanhoitopiiriin yhteisen potilasrekisterin sisällä.

3.3.3 Resepti-palvelu

Resepti-palvelun toteutusta ja käyttöä ohjaa ja tarkentaa oma lainsäädäntö. Resepti-palvelu on käytössä perustuen *lakiin sähköisestä lääkemääräyksestä* (61/2007) sekä sellaisena kuin se on kuvattu laissa vuonna 2014 (251/2014). Paperi- tai puhelinreseptin voi jatkossa tehdä vain poikkeuksellisesta syystä, kuten sähköisen järjestelmän käyttökatkosta johtuen. Reseptit tallennetaan Reseptikeskukseen, jonka rekisterinpitäjä on Kela. Reseptikeskus sisältää kaikki reseptit ja apteekkien niihin tekemät toimitusmerkinnät. Ks. lisätietoa lääkitystietojen kehittämisestä tämän oppaan luvusta 14.

3.3.4 Tiedonhallintapalvelu ja Omakanta

Osana Kanta-palveluita ylläpidetään lisäksi Tiedonhallintapalvelua (Virkkunen ym. 2016). Tiedonhallintapalvelun avulla Potilastiedon arkistosta palautetaan terveydenhuollon ammattihenkilölle keskeiset, hoidossa tarvittavat tiedot valmiiksi koostettuina yhteenvedoina ja viimeisin terveys- ja hoitosuunnitelma. Palautetut koostetiedot näytetään ammattihenkilölle hänen oman potilastietojärjestelmän toteutuksen mukaisesti.

Tiedonhallintapalvelu sisältää lisäksi merkinnät potilaan Kanta-palveluja ja yhteisrekisteriä koskevasta informaatiosta sekä hänen tietojensa käyttöä tai luovutusta koskevasta suostumuksesta ja mahdollisista kielloista. Tiedonhallintapalvelu sisältää myös muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tahdonilmaisuja, kuten elinluovutustahto tai hoitotahto.

Potilaan tiedonsaantia helpotetaan Omakanta-palvelun avulla. Potilas voi Omakannan kautta katsoa Potilastiedon arkistoon tallennettuja potilastietojaan sekä reseptejään ja niiden käyttöön liittyviä luovutuslokitietoja, sekä antaa suostumuksensa potilastietojensa käyttöön ja/tai tehdä tietojen käyttöä tai luovutusta rajoittavia kielloja. Lisäksi potilas voi tehdä Omakannassa elinluovutusta koskevan tahdonilmaisuuden tai hoitotahdon ja pyytää reseptin uusimista. Omakannassa näytettävää hoitotietoa laajennetaan vaiheittain samalla kun Potilastiedon arkistoon tallennettava tietosisältö laajenee. Omakannan käytettävyyttä parane rakenteisen tiedon liisäntymisen myötä.

4 Potilasasiakirjat ja potilaskertomuksen rakenteet

HYVÄ TIETÄÄ

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu eritasoisista tietokokonaisuuksista, joita jäsennetään näkymien, hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla. Koodistojen tai luokituksen avulla kirjattavia, potilaan hoidon kannalta keskeisimpiä tietoja ovat muun muassa diagnoosit, toimenpiteet, lääkitys- ja riskitiedot sekä tärkeimmät potilaan tilaa kuvaavat fysiologiset mittaukset kuten verenpaine, paino ja pituus. Yhteisiksi määritellyjä ja hyväksyttyjä tietosisältöjä, kuten lomakerakenteita, koodistoja, luokituksia ja termistöjä ylläpidetään kansallisella Koodistopalvelimella, josta ne ovat ladattavissa potilastietojärjestelmiin. Yhdenmukaiset koodistot perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin määrittelyihin ja standardeihin, jotka on valittu käytettäväksi suomalaisissa potilastietojärjestelmissä ja Kanta-palveluissa. Sähköiseen potilaskertomukseen tallennetaan kattavasti hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan kannalta oleelliset tiedot. Tietoa voidaan kirjata rakenteisessa muodossa käyttäen sitä varten määritellyjä valtakunnallisia tietorakenteita, koodistoja ja luokituksia. Lisäksi on mahdollista täydentää rakenteista kirjausta vapaamuotoisella tekstillä.

4.1 Yleistä potilasasiakirjoista

Potilasasiakirjoihin (potilasasiakirja-asetus 298/2009) sisältyvät jatkuvan potilaskertomuksen lisäksi siihen liittyvät läheteet, laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sekä muiden tutkimusten asiakirjat ja lausunnot, konsultaatiovastaukset sekä tutkimuksen tai hoidon perusteella annettut todistukset ja lausunnot. Myös lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat ja muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat ovat potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjojen käsittelyä kuvataan tarkemmin Potilasasiakirjaoppaassa (STM, 2012).

Lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen tehty tutkimukset kuuluvat potilasasiakirjoihin ja tiedot arkistoidaan myös Potilastiedon arkistoon. On kuitenkin huomioitava, että lainsäädännön mukaan potilastiedot jaetaan elinaikana kertyneisiin ja kuolemansyyn selvittelyn yhteydessä syntyneisiin tietoihin. Lääketieteellisessä obduktiossa syntyneitä tietoja ei tule arkistoida mahdolliseen viimeiseen elinaikaiseen palvelutapahtumaan (esimerkiksi päivystyskäyntiin tai hoitajaksoon). On myös mahdollista, että avaus tehdään vainajalle, jolla ei ole edeltävää hoitosuhdetta eikä aiempaa palvelutapahtumaa organisaatioon, jossa kuolemansyytä selvitetään. Selkeintä on kirjata ja arkistoida lääketieteellisen obduktion (kuoleman selvittelyn) yhteydessä kertyneet tiedot omana palvelutapahtumanaan.

Sen sijaan *oikeuslääketieteellisessä* avauksessa kertyneet tiedot eivät ole potilasrekisteriin kuuluvia tietoja, eikä niitä välitetä Potilastiedon arkistoon. Oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvittämisestä vastaa poliisi, joka vastaa myös selvittämisessä syntyneiden tietojen arkistoinnista.

Potilastietojärjestelmistä ei ole lupaa hakea tai päivittää henkilön tietoja henkilön kuoleman jälkeen, mutta kuolinsyyn selvityksen aikana hakuja voidaan tehdä. *Laki kuolemansyyn selvittämisestä* (459/1973) ohjeistaa tietojen luovuttamisen periaatteista. Kanta-palveluiden jatkokehityksessä kuolleiden henkilöiden tiedot tullaan siirtämään ns. passiivisten tietojen arkistoon, mistä ne ovat luovutettavissa lainsäädännön puitteissa.

4.2 Rakenteisen tiedon periaatteet

Terveystieteiden keskeisiin rakenteisiin potilastietoihin liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Keskeisten rakenteiden potilastietojen sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten rakenteiden tietojen perusperiaatteet ovat seuraavat:

1. Rakenteiset tiedot ovat keskeisiltä osin yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä.
2. Potilaskertomuksen tietosisällöt ovat yhtenevät sekä julkisilla että yksityisillä palvelunantajilla.
3. Potilaskertomus on moniammatillinen ja palvelee potilaan hoito- ja palveluprosessin asianmukaista toteutusta sekä hoitoon ja palveluiden tuottamiseen osallistuvien eri ammattiryhmien tarpeita.
4. Potilaskertomukseen kirjataan potilaan/asiakkaan terveyden seurannan sekä hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta kaikki tarpeellinen tieto. Kaikkiin rakenteiden tietojen tietokenttiin ei tule välttämättä kirjausta potilaan jokaisen hoitokontaktin yhteydessä. Rakenteista tietoa voidaan täydentää vapaamuotoisella tekstillä.
5. Valtakunnallisesti on määritelty yhtenäiset hoidon kannalta keskeiset tietosisällöt ja hoidon lisäksi potilashallintoon tai muuhun hoidon järjestämiseen, kuten ajanvaraukseen, liittyviä tietorakenteita.
6. Potilaskertomuksen tietosisältöä voidaan hyödyntää myös hoidon saatavuuden ja laadun seurannassa, toiminnan sujuvuuden, vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arvioinnissa sekä muissa valtakunnallisissa tilastoinneissa ja tutkimuksissa.
7. Rakenteiden tietojen hyödyntämisestä eri toimintatilanteissa ja eri potilastietojärjestelmissä sekä niihin liittyvissä ohjelmistoissa kehitetään valtakunnallisesti muun muassa osana Kanta-palvelujen määrittelyä, ja niiden käyttöönottoa ja toimivuutta arvioidaan esimerkiksi alueellisissa pilottihankkeissa.

4.3 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteet

Terveystieteiden ammattihenkilö kirjaa potilastietoa tietojärjestelmään rakenteisesti ja/tai vapaamuotoisesti (narratiivi). Kirjaaja voi useimmiten täydentää rakenteisia tietoja vapaamuotoisella tekstillä. Tietosisältö voi muodostua myös yksinomaan rakenteisiin kenttiin tehdyistä kirjauksista. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu eritasoisista hierarkkisista tietokokonaisuuksista, joita jäsennetään näkymien ja lisänäkymien, sekä hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla (kuviot 2).



Kuvio 2. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteita hierarkkisesti kuvattuna. Näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot ja rakenteiset tiedot noudattavat määriteltyjä rakenteita. Lisäotsikot ja vapaamuotoinen teksti ovat käyttäjän tuottamaa vapaata tekstiä.

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin käyttäen eri näkymiä. Esimerkiksi lääkärit käyttävät pääsääntöisesti päänäkyminään erikoisalakohtaisia näkymiä, ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Samalle merkinnälle voidaan valita lisänäkymiä, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa. Organisaatiossa voi olla käytössä myös omia organisaatiokohtaisia näkymiä, mutta niille kirjatut tiedot tulee potilastietojärjestelmissä linkittää valtakunnallisiin näkymiin ennen kuin tieto lähetetään Potilastiedon arkistoon.

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan liittykö käynnin kirjaus tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai arviointiin. Pääsääntöisesti merkintä kirjataan yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä eri hoitoprosessin vaiheisiin liittyvät tiedot. Järjestelmä voi tuottaa hoitoprosessin vaiheen automaattisesti otsikoiden perusteella. Tekstiä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin otsikoilla ja tarvittaessa vapaamuotoisilla lisäotsikoilla. Tekstiä voi rakentaa edelleen käyttämällä valtakunnallisesti määriteltyjä tietorakenteita, luokituksia ja koodistoja.

Potilaskertomuksen rakenteiset sisältökirjaukset tehdään aina käyttäen valtakunnallisesti määriteltyjä rakenteita, jotta tiedot ovat yhtenäisesti kaikkien käytettävissä potilastietojärjestelmästä riippumatta. Rakenteisissa tiedoissa voi olla runsaasti yksityiskohtaista tietoa, josta tietojärjestelmä tuottaa automaattisesti osan ja käyttäjä kirjaa vain sen hoidollisesti merkityksellisen tiedon, mitä tietojärjestelmä ei pysty päättelemään. Keskeiset rakenteiset potilastiedot kirjataan pääsääntöisesti otsikoiden alle vapaan tekstin ohien. Osa rakenteisista tiedoista kirjataan omille kirjausalustoille, esimerkiksi lääkitys ja riskitiedot.

Rakenteiset tiedot eivät ole sidoksissa otsikoihin ja teknisesti niitä voi kirjata minkä tahansa otsikon alle. Sisällöllisesti ne kuitenkin kuuluvat usein tiettyyn tai tiettyihin otsikoihin ja sen vuoksi ne on ohjeistettu kirjaamaan niiden alle. Rakenteisia tietoja kuvataan tarkemmin omisssa luvuissaan (ks. luvut 7–21).

Esimerkki kertomusrakenteesta on esitetty alla kuviossa 3. Rakenteisia tietoja täydennetään potilaskertomuksessa tarvittaessa vapaalla tekstillä – tai tilannetta kuvataan pelkästään vapaalla tekstillä. Teksti kirjataan aina otsikoiden (ja tarvittaessa lisäotsikoiden) alle. Rakenteiset tiedot ja vapaamuotoinen teksti voivat olla otsikoiden alla vapaassa järjestyksessä.

PAIV Päivystys	[päänäkymä]
NEU Neurologia	[lisänäkymä]
KIR Kirurgia	[lisänäkymä]
Tulotilanne	[hoitoprosessin vaihe]
Tulosyy	[otsikko]
Tänään kaatunut, kun oikea puoli kehosta mennyt voimattomaksi.	
Vasemman lonkan kipu.	[teksti]
Esitiedot (anamneesi)	[otsikko]
91-vuotias nainen, jolla sepelvaltimotauti ja dieettihoitoinen diabetes.	
Aiemmin 11/03 basaalinen collummurtuma hoidettu DHS-ruuveilla.	
Potilas kotiutunut omatoimiseksi ja pärjännyt kotona.	[teksti]
Nykytila (status)	[otsikko]
Yleistila hyvä. Asiallinen. Vasemmassa lonkassa kipua.	
Jalka lämmin, perifeeriset pulssit palpoituvat.	
Oikean jalan ja oikean käden voimat selvästi heikentyneet.	[teksti]
Fysiologiset mittaukset	[otsikko]
Lämpö, kainalo 36,8	[rakenteinen tieto]
Verenpaine 161/79	[rakenteinen tieto]
Diagnoosi	[otsikko]
I63.5 Aivoinfarkti, epäilty, päädiagnoosi	[rakenteinen tieto]
S72.0 Reisiluunkaulan murtuma, epäilty	[rakenteinen tieto]
Suunnitelma	[otsikko]
Otetaan aivojen magneettikuva... Lisäksi	[teksti]

Kuvio 3. Esimerkki kertomusrakenteista.

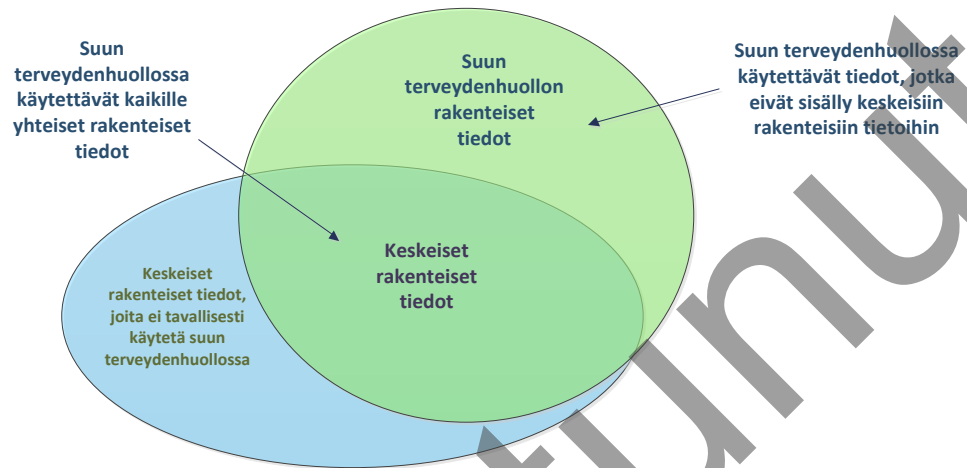
4.4 Erikoisala- ja ammattikohtaisten potilastietojen käyttö

Keskeisten potilastietojen lisäksi valtakunnallisesti on määritelty erikoisala- ja ammattikohtaisia rakenteisia tietoja. Erikoisala- ja ammattikohtaiset määritykset sisältävät keskeisiä tietoja tietyllä erikoisalalla tai tietyssä toiminnossa, eikä tällä tiedolla välttämättä ole keskeistä merkitystä muilla osa-alueilla.

Erikoisala- ja ammattikohtaisten tietojen määrittelytyötä on tehty laajojen asiantuntijaryhmien ja erikoisalayhdistysten tukemana, kuten kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden, ensihoidon ja päivystyksen, työterveyshuollon, suun terveydenhuollon, keuhkosairauksien, äitiyshuollon, lasten kasvun ja kehityksen seurannan, psykiatrian sekä diabeteksen ja valtimosairauksien ehkäisyn rakenteisten potilaskertomustietojen määrittelyhankkeissa. Näissä määrittelyissä on huomioitu asianomaisen alan erityispiirteet, jotka tulee huomioida sähköistä potilaskertomusta kehitettäessä.

Erikoisala- ja ammattikohtaiset tiedot käsittävät kyseisen osa-alueen edellyttämiä rakenteisia tietoja, jotka eivät sisälly keskeisiin potilastietoihin. Keskeinen rakenteinen potilastieto on erikoisalasta riippumaton hoidon kannalta keskeistä tietoa, kun taas esimerkiksi suun terveydenhuollossa on tarpeen välttää yksityiskohtaista rakenteista tietoa hampaiden ja suun alueen tilasta muille suun terveydenhuollon yksiköille (ks. kuvio 4). Hoitotyön, kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten tietojen yhdenmukaistaminen mahdol-

listaa jatkossa näiden tietojen tehokkaamman yhteiskäytön sähköisessä potilaskertomuksessa. Näitä tietorakenteita ja -määrittäjiä kuvataan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa tai muissa erillisjulkaisuissa.



Kuvio 4. Esimerkki keskeisten rakenteisten tietojen ja erikoisalakohtaisten tietojen suhteesta. Esimerkkinä suun terveydenhuolto.

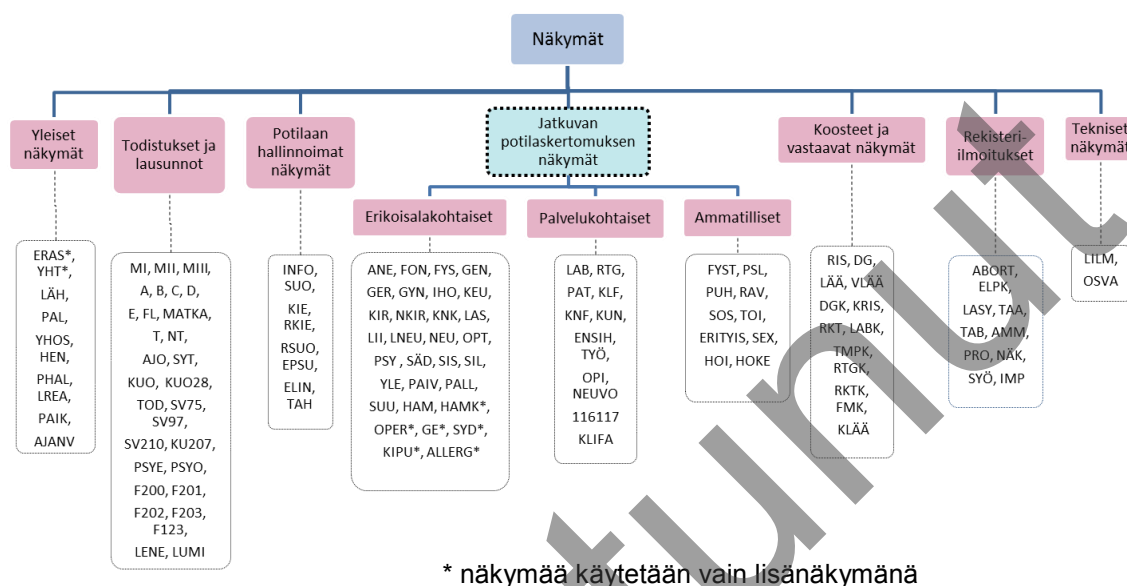
5 Näkymät

HYVÄ TIETÄÄ

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin eri näkymiä käyttäen. Lääkärit käyttävät pääsääntöisesti erikoisalakohkaisia näkymiä, ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät palvelukohkaisia tai ammatillisia näkymiä. Osa näkymistä on moniammatillisessa käytössä. Samalle merkinnälle voidaan valita useita näkymiä, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa. Organisaatiossa voi olla käytössä myös omia paikallisia tai organisaatiokohkaisia näkymiä, vaikka suositus on käyttää vain valtakunnallisia näkymiä. Organisaatiokohkaiselle näkymälle kirjattu tieto tulee potilastietojärjestelmissä linkittää valtakunnallisesti määriteltyyn näkymään, ennen kuin tieto lähetetään Potilastiedon arkistoon.

Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta tai asiayhteyttä, jolla tiettyyn sisältö- ja hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun kuuluvia tietoja voidaan sitoa toisiinsa potilaskertomuksessa. Yhteen näkymään liittyvä tietokokonaisuus voi näin ollen sisältää potilastietojärjestelmän eri näytöissä tai "välilehdillä" esiintyviä tietoja. Toisaalta näkymä voi olla hyvin lähellä potilastietojärjestelmässä näytettävää yksittäistä näyttöä. Esimerkiksi useiden lomakkeiden ulkoasut muistuttavat näyttöä samoin kuin jotkut erikoisalanäkymät.

Sähköisen potilaskertomuksen näkymät voidaan jakaa jatkuvan potilaskertomuksen näkymiin, lomaketyypisiin näkymiin, koostenäkymiin ja teknisiin näkymiin. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä ovat lääketieteen erikoisalakohkaiset, palvelukohkaiset ja ammatilliset näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Lomaketyypisiä näkymiä ovat muun muassa todistukset, rekisteri-ilmoitukset, potilaan hallinnoimien asiakirjojen näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Koostenäkymiä ovat tiedonhallintapalvelun koosteiden näyttämiseen tarkoitettut näkymät. Teknisiä näkymiä ovat näkymät, joita käytetään asiakirjateknisten tietojen välittämiseen potilastietojärjestelmien ja Potilastiedon arkiston välillä. (ks. kuvio 5). Ajantasainen luettelo näkymistä on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella koodistona *AR/YDIN - Näkymät*.



Kuvio 5. Sähköisen potilaskertomuksen näkymät. Ryhmittely vain havainnollistamista varten.

5.1 Lisänäkymät

Perinteisesti potilaskertomusmerkinnät on kirjattu tietyille, yksittäiselle näkymälle. Jos sama tieto on haluttu useammalle näkymälle, tieto on kopioitu muille näkymille. Vastaava toiminnallisuus voidaan toteuttaa käyttämällä apuna lisänäkymiä. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymät, lukuun ottamatta erillisiä asiakirjoina tallennettavia näkymiä, voivat pääsääntöisesti esiintyä sekä päänäkyminä että lisänäkyminä. Erillisiä asiakirjoina tallennettavat näkymät, koosteet, lomaketyyppiset näkymät ja arkistoasiakirjojen näkymät, voivat esiintyä vain päänäkyminä eikä niillä voi olla lisänäkymiä. *AR/YDIN - Näkymät* -luokituksessa on määritelty näkymäkohtaisesti, mitkä näkymät voivat esiintyä päänäkyminä, mitkä lisänäkyminä ja mitkä molempina.

Lisänäkymien avulla

- kirjaus voidaan liittää samanaikaisesti useaan näkymään, kun merkinnän tekijä valitsee päänäkyminä lisäksi lisänäkymiä
- yhteen päänäkyminä liittyviä merkintöjä voidaan ryhmitellä suppeampiin osakokonaisuuksiin
- voidaan toteuttaa tietyt ratkaisut teknisesti
 - teknisistä syistä määriteltyjä lisänäkymiä ovat HAMK, YHT ja ERAS

Kun kirjaaja haluaa tiedon näkyvän usean erikoisalakohtaisen, palvelukohtaisen tai ammatillisten näkymän tiedoissa, hän kirjaa oman näkymänsä päänäkyväksi ja muut tarvittavat näkymät lisänäkyviksi. Esimerkiksi, kun konsultaatiopyyntö ja -vastaus halutaan näkyvän sekä pyytäjän että vastaajan näkymillä, konsultaation pyytäjä kirjaa oman näkymänsä päänäkyväksi ja vastaajan näkymän lisänäkyväksi (esim. SIS+KIR). Konsultaatioon vastaaja käyttää vastaavasti omaa näkymäänsä päänäkyminä ja pyytäjän näkymää lisänäkyminä (KIR+SIS). Tiedot näkyvät silloin samalla tavalla molemmilla näkymillä, vaikka niissä on eri päänäkymät.

Tiettyjen erikoisalojen tai erityispatvyyksien nkymät, joiden sisältämät hoitokirjaukset liittyvät usein kiinteästi toisten erikoisalojen aloittamaan tai jatkamaan hoitoon, on määritelty vain lisänäkymiksi. Määrittely on tehty sen vuoksi, että samaan (erikoisalakohhtaisen) hoidon jatkumoon liittyvä tieto ei "pirstaloituksi" usealle eri nkymälle, vaan tieto löytyisi aina myös hoidon jatkumisen kannalta muulta merkitykselliseltä nkymältä. Tällainen lisänäkymä on esimerkiksi Kivunhoidon (KIPU) nkymä. Kirjaaja valitsee päänäkymäksi potilaan sairauden mukaisen nkymän (esim. NEU) ja kirjaajan nkymää (esim. KIPU) käytetään lisänäkymänä. Aiemmin myös Päivystyksen/ akuuttilääketieteen (PAIV) ja Palliativisen hoidon (PALL) nkymäiä sai käyttää vastaavalla tavalla vain lisänäkyminä, mutta tätä rajoitusta ei nykyisin enää ole.

On myös lisänäkymäiä, joiden tiedot liittyvät kiinteästi moneen erikoisalaan. Esimerkiksi toimenpidekertomukset ovat aina johonkin erikoisalaan liittyviä. Tällaisten tietojen päänäkymäksi kirjaaja valitsee oman erikoisalanäkymänsä (esim. KNK) ja lisänäkymäksi OPER-näkymän (toimenpidekertomus). Vastaava yhdistelmä voisi olla esimerkiksi IHO+ALLERG.

Vaikka tavoite on, että potilaskertomuksissa käytetään vain valtakunnallisessa nkymäluokituksessa määriteltyjä nkymäiä, voi terveydenhuollon organisaatioissa olla alueellisesti ja/tai paikallisesti käytössä erilaisia nkymäiä, jotka rajaavat kirjattavaa tietokokonaisuutta valtakunnallisia nkymäiä suppeammalle tasolle. Tällainen voi olla esimerkiksi Sisätautien (SIS) nkymälle kuuluva, paikallisesti käytetty Reumatologian (REU) nkymä. Kun paikallisia nkymäiä käytetään, kirjataan päänäkymäksi valtakunnallisen luokituksen mukainen nkymä, johon tiedot järjestelmätasolla linkitetään, ja lisänäkymäksi paikallinen nkymä, esimerkiksi SIS+REU. Näin paikallisille ja suppeiden osakokonaisuuksien (lisä)nkymille kirjatut tiedot näkyvät Potilastiedon arkistossa niihin linkitetyillä päänäkymillä.

5.2 Erikoisalakohhtaiset nkymät

Erikoisalakohhtaiset nkymät ovat pääasiassa lääkäreiden tuottamien potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista varten. Poikkeuksena esimerkiksi Hammas-, suu- ja leukasairauksien (SUU) ja Työlääketiede ja työterveyshuollon (TYÖ) nkymät, joihin kirjataan moniammatillisesti. Erikoisalakohhtaisia nkymäiä voidaan käyttää myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden merkinnöillä lisänäkymänä, kun tiedot on tarpeen näyttää myös erikoisalakohhtaisen tietojen yhteydessä. Esimerkiksi terveysaseman lääkärikäynnin korvaavan hoitajakäynnin merkintään hoitaja voi kirjata käyttämänsä päänäkymän, eli HOI-näkymän lisänäkymäksi YLE-näkymän.

Lääketieteen erikoisalakohhtaiset nkymät on määritelty pääasiassa *HILMO - Terveydenhuollon erikoisalaluokituksen* karkeimman tason mukaan. Joiltain osin ko. luokituksesta on poikettu, jotta potilaan saman sairauden hoitoon liittyvät tiedot eivät tarpeettomasti jakautuisi eri nkymille esimerkiksi potilaan iän vuoksi (esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrian erillisnkymistä on luovuttu). Useita erikoisaloja käsittävien kertomustietojen kirjaamista varten on lisäksi määritelty omia lisänäkymäiä mahdollistamaan tietojen helpompaa löytämistä (vrt. luku 5.1).

Perusterveydenhuollossa nkymänä käytetään pääsääntöisesti YLE-näkymää. Toisaalta, esimerkiksi terveyskeskuksen lääkäri käyttää vastaanottokäynneillä pääsääntöisesti YLE-näkymää, mutta joiltain osin myös palvelukohhtaisia nkymäiä, esimerkiksi neuvolatoiminnassa NEUVO-näkymää. Sosiaalihuoltoon liittyvien, esimerkiksi kehitysvammahuollon palveluyksiköistä saapuneiden potilaiden potilaskertomusmerkintöjen nkymänä käytetään tilanteesta ja lääkärin erikoisalasta riippuen parhaiten sopivaa erikoisalakohhtaista tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön kohdalla palvelukohhtaista tai ammatillista nkymää, esimerkiksi LAS-, NEU-, YLE- tai KUN-näkymää.

5.3 Palvelukohtaiset näkymät

Palvelukohtaiset näkymät eivät ole ammattiryhmäkohtaisia, kuten esimerkiksi erikoisalakoh-
taiset tai ammatilliset näkymät, vaan ne ovat pääsääntöisesti kyseisen palvelutoiminnan kaik-
kien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuottamien potilaskertomusmerkintöjen moniamma-
tillista kirjaamista varten.

Palvelukohtaisiin näkymiin kuuluvat Patologian (PAT), Kliinisen fysiologian (KLF), Kliinisen
neurofysiologian (KNF), Laboratorion (LAB) ja Radiologian (RTG) erikoisalojen näkymät. Näil-
lä erikoisaloilla ei ole varsinaista hoitovastuuta potilaan hoidosta ja ne tuottavat palveluja poti-
laasta hoitovastuussa oleville erikoisaloille. Näitä näkymiä käytetään, kun tehdään kyseisille
erikoisaloille kuuluvien tutkimusten tutkimuspyyntöjä tai läheteitä, tai kirjataan näiden erikois-
alojen tutkimusten vastauksia tai lausuntoja.

Kuntoutusnäkö (KUN) on kuntoutuksen ammatilliseen palveluun kuuluvien potilaskerto-
mustietojen kirjaamisessa käytettävä näkö. Näköä käyttävät eri kuntoutustyöntekijäryh-
mät, kuten kuntoutuslääkärit, kuntoutusohjaajat, kuntoutussuunnittelijat, ja apuvälineasiantun-
tijat kuntoutustutkimus- ja apuvälineyksiköissä sekä muissa vastaavissa kuntoutusyksiköissä.
KUN-näköä voidaan käyttää myös laitoshoidossa, niin sanotuilla kuntoutusosastoilla ja
muissa vastaavissa asiayhteyksissä kuntoutuksen koordinoituja moniammatillisia palveluita
toteutettaessa. Myös fysio- ja toimintaterapeutit sekä muut vastaavat kuntoutus- ja terapiatyö-
tä tekevät ammattiryhmät käyttävät päänäköinä KUN-näköä toimiessaan osana edellä
kuvattua kuntoutuksen palvelua, ja lisänäköinä he käyttävät oman ammatillisen palvelunsa
kirjaamiseen tarkoitettua näköä.

Ensihoitokertomus (ENSIH) on ensihoitopalveluun kuuluvien potilaskertomustietojen kirjaami-
sessa käytettävä näkö. Siihen kirjaavat sekä ensihoitajat että ensihoitolääkärit. Touko-
kuussa 2018 luokitukseen lisättiin uusi näkö 116117, jonne tallennetaan jatkossa kansalli-
sen sote-neuvonta- ja ohjauspalvelun potilasasiakirjamerkinnot, sekä oma näkö kliinisel-
le farmakologialle (KLIFA). Tätä kirjoitettaessa kyseisten näköjen käyttöönoton valmistelut ja
kirjaamisen ohjeistukset ovat vielä kesken.

Neuvolatoiminnan (NEUVO), koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon (OPI) sekä työterveyshuol-
lon (TYÖ) näköjä käytetään pääasiassa terveyttä edistävän ja sairauksia ennaltaehkäisevän
terveydenhuollon toiminnoissa. NEUVO-näkölle tehdään myös perhetyön kirjaukset, jos ne
tehdään osana neuvolatoimintaa. Perusterveydenhuollossa toimiva erikoislääkäri voi käyttää
NEUVO-näköä lisänäköinä oman alansa erikoisalakohdasta näköä toimiessaan neu-
volassa erikoisalansa mukaisessa roolissa. Kun neuvolakäynnillä tai koulu- ja opiskelutervey-
denhuollon käynnillä hoidetaan sairautta, käytetään lisänäköinä YLE-näköä tai muuta
erikoisalakohdasta näköä – tai hoitajien kirjauksissa HOI-näköä. Myös jos terveyskes-
kuksessa tai esimerkiksi opiskelijaterveydenhuollossa hoidetaan selvästi neuvolatoimintaan
liittyvää asiaa, esimerkiksi annetaan ehkäisyä aloittamiseen liittyvää ohjausta, käytetään
NEUVO-näköä vastaavasti lisänäköinä.

Työterveyshuollossa vakiintunut käytäntö on ollut kirjata kaikkien ammattiryhmien käyntimer-
kinnot, myös sairaanhoidolliset, TYÖ-näkölle, jotta työterveyshuollon tiedot voidaan erotella
muista potilastiedoista. Ammatillisia tai erikoisalakohdasta näköjä voi tarvittaessa käyttää
lisänäköinä, jos tieto on oleellista näköä myös näissä kokonaisuuksissa. Kun työterveyshuol-
to pyytää konsultaatiota työterveyshuollon ulkopuolelta, kirjataan konsultaativastaus konsul-
taation antajan omalle näkölle ja TYÖ-näköä lisänäköksi. Jos potilas hakeutuu työter-
veyslääkärin yksityispotilaaksi, käynti ei enää ole työterveyshuoltoa, eikä sitä kirjata TYÖ-
näkölle.

5.4 Ammatilliset näkymät

Ammatilliset näkymät sisältävät eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden tai erityistyöntekijöiden tietokokonaisuuksia. Ammatillisia näkymiä on määritelty muille laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille kuin lääkäreille ja hammaslääkäreille, kuten hoitajille, psykologeille, fysioterapeuteille, toimintaterapeuteille, puheterapeuteille, ravitsemusterapeuteille, seksuaaliterapeuteille ja sosiaalityön tekijöille. Ammatillisia näkymiä käytettäessä kirjaaja voi tarvittaessa merkitä lisänäkymäksi esimerkiksi kyseessä olevan lääketieteen erikoisalan näkymän.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät tekevät merkinnät pääsääntöisesti omille ammatillisille näkymilleen (tai palvelukohtaisille näkymille kuten esimerkiksi kuntoutusohjaajien ja apuvälineasiantuntijoiden merkinnät), mukaan lukien päivittäismerkinnät. Lisänäkymänä he voivat soveltuvin osin käyttää esimerkiksi erikoisala- tai palvelukohtaisia näkymiä. Kuntoutusta koskevia hoito-ohjeita ja muita vastaavia hoitohenkilöstölle keskeisiä viestejä voidaan kuitenkin tarvittaessa kirjata erikseen HOKE-näkymälle.

Työterveyshuollossa toimivat työfysioterapeutit ja muut vastaavat ammattihenkilöt käyttävät päänäkymänään TYÖ-näkymää ja lisänäkymänä soveltuvaa ammatillista tai erikoisalakohdasta näkymää. Työterveyshuollossa lähinnä konsultaatioluontoisia palveluita toteuttavat kuntoutus- ja erityistyöntekijät, jotka toimivat pääsääntöisesti muualla kuin työterveydessä, käyttävät päänäkymänään omia ammatillisia tai palvelukohtaisia näkymiään ja lisänäkymänä TYÖ-näkymää. Erityisalojen ammatillista näkymää (ERITYIS) käytetään kirjattaessa niihin ammatillisiin palveluihin kuuluvia potilaskertomustietoja, jotka liittyvät jalkaterapiapalveluun tai muiden sellaisten erityistyöntekijäryhmien antamaan palveluun, joilla ei ole omaa ammatillista näkymää.

Seksuaaliterapian näkymää (SEX) käytetään seksuaaliterapiaan ja seksuaalineuvontaan liittyvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa. Näkymä on tarkoitettu erityissuojattavaksi näkymäksi, mutta erityissuojaus edellyttää muutosta *potilasasiakirja-asetukseen* (298/2009, 4§ 3.mom.), joten erityissuojattavuus voidaan toteuttaa vasta asetuksen muutoksen jälkeen.

Hoitajien yhteenvetotasoiset tiedot, esimerkiksi hoitotyön yhteenvedot ja hoitajan itsenäisesti pitämän vastaanoton kirjaukset, tehdään HOI-näkymälle lukuun ottamatta neuvola sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa toimivia hoitajia, jotka käyttävät päänäkymänään NEUVO- ja OPI-näkymiä. Lisänäkymänä hoitajat voivat käyttää soveltuvia erikoisala- tai palvelukohtaisia tai muiden ammattiryhmien kertomusnäkymiä.

Hoitotyön päivittäismerkinnöissä käytetään Hoitokertomus-näkymää (HOKE). HOKE-näkymälle tallennetaan potilaan hoitoon liittyvät hoitajien päivittäismerkinnät sekä hoitajien laatima hoitosuunnitelma hyödyntäen sovittuja termistöjä ja vapaamuotoista tekstiä. Hoitokertomuksen päivittäismerkintöjen määrittelyt ovat tällä hetkellä (2018) valmistelussa. Hoitokertomuksen käyttöä käsitellään yksityiskohtaisemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisen osan erillisjulkaisuissa. HOKE-näkymältä ei toistaiseksi arkistoida suoraan mitään tietoa. Ks. tarkemmin hoitotyön yhteenvedon ohje luvussa 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät.

5.5 Yleiset näkymät

Yleiset näkymät ovat lääketieteen erikoisalasta riippumattomia yleisiä potilastiedon kokonaisuuksia. Yleisistä näkymistä henkilötietonäkymä (HEN) ja liikuntaresepti (LREA) ovat lomaketyyppisiä näkymiä, muut ovat jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä.

Lähete-näkymää (LÄH) käytetään, kun potilas ohjataan toiseen hoito-organisaatioon saamaan terveydenhuollon palveluja. Lähete-näkymää voi käyttää myös tilanteissa, joissa hoitovastuuta ei siirretä, vaan pyydetään vain konsultaatiota toisesta organisaatiosta. Merkin­nän tietosisäl­lössä tulee mainita, onko kyse konsultaatiosta vai hoitovastuun siirtävästä lähetteestä. Orga­nisaation sisäisissä läheteissä ja konsultaatioissa ei käytetä LÄH-näkymää, vaan lähettävän tahon erikoisan­alan mukaista pää­nä­kymää ja lisänä­kymänä vastaanottavan tahon erikoisan­alan mukaista näkymää. Sisäisissä läheteissä käytetään otsikkona Konsultaatio / Lähete - otsik­koa. Lisäotsikolla tarkennetaan jos kyse on hoitovastuun siirtävästä lähetteestä.

Hoitopalaute-näkymää (PAL) käytetään, kun toteutetusta hoidosta kirjattuja tietoja kootaan hoitopalauteksi läheteen tehneelle tai jatkohoidosta vastaavalle taholle lähetettäväksi. Hoi­topalaute sisältää lääkärin tekemän loppuarvion sekä hoitotyön yhteenvedon. Hoitopalaute voi koostua vain näistä toisesta ja ne voidaan lähettää tarvittaessa myös erikseen omina hoitopa­lauteina.

Terveys- ja hoitosuunnitelma (YHOS) on Tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävä asiakirja, joka on tarkoitettu potilaan kaikkien avohoitoon ja kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien ko­koamiseen yhdelle asiakirjalle – erityisesti potilaille, joilla on monia terveysongelmia. Näky­mää ei ole tarkoitettu osastohoitojakson sisäisten hoitosuunnitelmien kirjaamiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa on käsitelty tarkemmin luvussa 18.

Potilashallinnon näkymä (PHAL) on tarkoitettu sellaisia potilashallinnon merkintöjä varten, joihin ei liity potilaan hoidollista tietoa. Tällaisia ovat esimerkiksi hoidonvarauksiin tai ajanva­rauksiin liittyvät merkinnät. Jos samassa yhteydessä tehdään hoidon tarpeen arviointi tai jokin muu hoidollinen merkintä, käytetään HOI, YLE tai muuta ammatillista tai erikoisala- tai palve­lukohtaista näkymää.

Ajanvaraus-näkymä (AJANV) on uusimpia näkymiä. Se lisättiin näkymäluokitukseen vuoden 2018 alkupuolella. Näkymän käyttöä koskevien ohjeiden valmistelu on tätä kirjoitettaessa kesken.

Yhteen­veto-näkymä (YHT) ja Erillinen asiakirja (ERAS) ovat teknisiä kertomuslisänäkymiä, joita ei koskaan voi käyttää yksinään, vaan aina jonkun toisen näkymän kanssa. YHT- näkymää käytetään lisänä­kymänä tehtäessä väli- tai loppuarvioita hoitojaksolta tai useisiin käynteihin liittyen, esimerkiksi kotihoidosta tai sarjahoidoista. Yhteen­veto-näkymän avulla voidaan hakea potilaan yhteen­vetotasoisia merkintöjä kootusti.

ERAS-lisänä­kymää käytetään, kun kirjataan muun henkilön (kuin potilaan) itsestään tai elä­mäntilanteestaan kertomia yksityiskohtaisia, arkaluonteisia tietoja. Tietojen tulee olla potilaan hoidon kannalta tarpeellisia ja ne kirjataan ERAS-näkymään potilaan tilanteen kartoittamisen tai muun vastaavan syyn vuoksi (STM 2012). ERAS-näkymälle tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä, ketä yksilöityä henkilöä tiedot koskevat (vrt. *Potilasasiakirja-asetus* 298/2009, 7 § ja 2. momentti), ja vain hänellä on oikeus tietojen tarkastukseen. Esimerkiksi lapsen hoitoon liittyen vanhempien itsestään kertomat asiat merkitään erikseen omina merkintöinään, ei samalle ERAS-lisänä­kymälle. ERAS-lisänä­kymille kirjatut tiedot näkyvät terveydenhuollon ammattilai­sille potilaskertomuksissa muiden tietojen tavoin, mutta niitä ei näytetä koskaan Omakannas­sa.

Jos potilas kertoo tietoja toisesta henkilöstä, esimerkiksi lapsi kertoo vanhemmastaan, mer­kintöihin ei käytetä ERAS-näkymää, vaan tiedot kirjataan normaalisti potilaan omaan potilas­asiakirjaan. Vastaavalla tavalla toimitaan, mikäli toinen henkilö kertoo kolmannelta henkilöstä (esimerkiksi hoidettavan lapsen äiti kertoo tietoa isästä). Näiden tietojen kirjaamisessa on käytettävä erityistä harkintaa, sillä ne ovat nähtävissä Omakannan kautta. Tarvittaessa kirjaa­ja voi viivästyä näiden tietojen näyttämisen Omakannassa.

Paikallista näkymää (PAIK) käytetään arkistoitaessa Potilastiedon arkistoon lomaketyyppisiä asiakirjoja, joille ei ole olemassa vastaavaa valtakunnallista näkymää. PAIK-näkymä ei ole käyttäjän valittavissa, vaan potilastietojärjestelmän automaattisen linkityksen käytössä.

5.6 Koosteet

Koosteet ovat Tiedonhallintapalvelussa muodostettuja, potilastietojärjestelmässä näytettäviä tietokokonaisuuksia, joihin kootaan potilaan hoidon kannalta keskeisiä rakenteisia tietoja. Koosteita ei sellaisenaan tallenneta Potilastiedon arkistoon, vaan koostenäkymien tiedot kootaan muista potilasasiakirjoille tallennetuista rakenteisista tiedoista.

Kullakin koosteella - diagnoosit (DGK), riskitiedot (KRIS), toimenpiteet (TMPK), kuvantamistutkimukset (RTGK), laboratoriotutkimukset (LABK), fysiologiset mittaukset (FMK) ja rokotukset (RKT) - on oma näkymänsä, jolla tiedot sidotaan omaan tietokokonaisuuteensa. Aiemasta poiketen potilaan lääkitystietoja ei viedä koosteelle, vaan niiden hallintaan on oma toteutus suunnitelmansa. Valtakunnallinen ajantasainen lääkityslista perustetaan Reseptikeskukseen. Ks. tarkemmin luku 14 Lääkehoito.

Koosteet kokoavat samaan tietokokonaisuuteen, esimerkiksi diagnooseihin, liittyvät jatkuvaan potilaskertomukseen kirjatut rakenteiset tiedot yhteen riippumatta siitä, mihin näkymään ne on kirjattu. Koosteet korvaavatkin jatkossa potilaskertomuksissa aiemmin vastaavat käsin ylläpidetyt listat, kuten diagnoosilistan.

Koosteilla olevia rakenteisia tietoja, voi käyttää uusien rakenteisten kirjausten pohjana silloin kun vastaavaa tietoa kirjataan uudelleen, esimerkiksi potilaan pysyvää diagnoosia käyntidiagnoosin tai -syn kirjaamisessa. Käyttäjä voi myös muokata potilastietojärjestelmässä uuden merkinnän pohjaksi koosteilta poimimaansa tietoa, jos tieto vaatii päivittämistä. Vanhoista tiedoista poimimalla kirjattu tieto linkittyy pääsääntöisesti samalla aiempaan merkintään. Esimerkiksi diagnoosien ja riskitietojen tarkentumiset ja päättymiset voidaan kirjata näin.

Tiedonhallintapalvelun muodostamien koosteiden käyttö edellyttää aina potilaan tietojen luovutukseen antamaa Kanta-suostumusta. Potilastietojärjestelmä voi kuitenkin näyttää oman organisaation tiedot vastaavalla näytöllä samaan tapaan kuin Tiedonhallintapalvelun koosteet näytetään. Silloin näytöllä tulisi olla myös tieto siitä, että tiedot ovat vain oman organisaation tietoja. Myös potilaan mahdollisesti tekemät luovutuskieklot vaikuttavat koosteiden sisältöön, sillä luovutuskiekltojen alaisia tietoja ei näytetä myöskään koosteilla.

Koosteiden käsittelyä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016) ja niiden tarkemmat tietosisällöt ovat ladattavissa kansalliselta Koodistopalvelimelta. Tässä oppaassa on lisätietoa koosteista niissä luvuissa, joissa kuvataan diagnoosien ja käyntisyiden, riskitietojen, tutkimusten, toimenpiteiden ja rokotusten rakenteista kirjaamista ja tietojen hyödyntämistä koosteiden avulla.

5.7 Erityissuojatut näkymät

Erityissuojatut merkintöjä ovat *potilasasiakirja-asetuksen* (298/2009) 4 §:n mukaan psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät. Erityissuojaus on toteutettu merkinnän näkymätietoa hyödyntäen ja merkinnät, joiden päänäkömäksi on kirjattu PSY tai GEN, on määritelty erityissuojattaviksi. Erityissuojaus kattaa myös näiden mahdolliset liisänäkymät. Suojaus ei kuitenkaan koske tietoja lääkityksestä tai kriittisistä riskeistä.

STM:n linjauksen (12/2014) mukaisesti asetuksella säädettyä erityissuojattavuuden laajuutta on mahdollista tarkistaa, mutta toistaiseksi sitä ei ole tehty. (Vrt. luku 5.4 SEX-näkymä). Eri-tyissuojaus ei estä tietojen katsomista, mutta kun erityissuojattuja tietoja käytetään muilla kuin kyseisellä erikoisalalla, vaaditaan tietojen käyttäjältä erillinen vahvistus ennen tietojen käyttöä. Eri-tyissuojatun asiakirjan käyttöoikeuksien rajausta toteutetaan potilastietojärjestelmätasolla.

5.8 Lomaketyypiset näkymät

Lomaketyypiset näkymät on tehty tiedon esittämiseksi määrämuotoisesti tietyn tietosisällön mukaisesti. Niitä käytetään mm. todistuksissa ja lausunnoissa sekä viranomaisrekistereihin tehtävissä rekisteri-ilmoituksissa. Myös potilaan tekemät tahdonilmaisut, suostumukset potilastietojen luovutukseen ja luovutuskiellot ovat lomaketyypisiä näkymiä. Lomakkeilla olevia tietoja ei suoraan voi linkittää jatkuvaan potilaskertomukseen, eikä niihin kirjattuja rakenteisia tietoja poimita Tiedonhallintapalvelun koosteisiin. Potilastietojärjestelmissä voi kuitenkin olla toiminnallisuuksia, joilla koosteilla tai jatkuvassa potilaskertomuksessa olevia rakenteisia tietoja voi kopioida lomakkeille tai lomakkeilla olevia tietoja voi hyödyntää jatkuvan potilaskertomuksen kirjauksissa.

5.9 Tekniset näkymät

Näkymäluettelossa on lisäksi joitain teknisiä näkymiä, joita potilastietojärjestelmät tarvitsevat Potilastiedon arkiston hyödyntämiseen. Terveystieteiden ammattihenkilöiden ei tarvitse käyttää niitä, eivätkä ne yleensä näy potilastietojärjestelmien käyttäjille. Tällaisia ovat esimerkiksi rekisteröinti- ja luovutusilmoitusasiakirjat (REK ja LILM) sekä HAMK-näkymä (Kokonaishammastarkastus), jota käytetään koko hampaistoa koskevien tarkastusmerkintöjen hakemiseen Potilastiedon arkistosta.

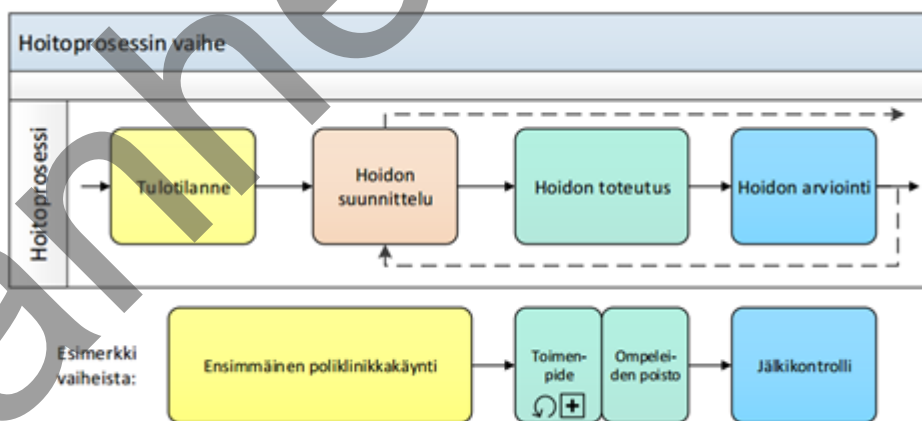
6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot

HYVÄ TIETÄÄ

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan, liittyykö palvelutapahtuman kirjaus tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai sen arviointiin. Pääsääntöisesti merkintä kirjataan yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä eri hoitoprosessin vaiheisiin liittyvät tiedot. Järjestelmä voi tuottaa hoitoprosessin vaiheen automaattisesti otsikoiden perusteella. Tekstiä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin käyttäen valtakunnallisia otsikoita. Tarvittaessa tarkempaa tekstin jäsentelyä voi tehdä vapaamuotoisilla (paikallisilla) lisäotsikoilla.

6.1 Hoitoprosessin vaiheet

Kansallisella Koodistopalvelimella julkaistuun *AR/YDIN - Hoitoprosessin vaihe* -luokitukseen sisältyvät tulotilanne, jossa määritellään hoidon tarve, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (ks. kuvio 6). Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta potilaan näkökulmasta. Kunkin prosessin vaiheen sisällä voi olla useita ammattikohtaisia prosesseja, joissa hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö tekee jatkuvaa hoidon suunnittelua ja arviointia. Potilaalla voi myös olla käynnissä samanaikaisesti useita hoitoprosesseja, vaihteleviin palvelutarpeisiin.



Kuvio 6. Hoitoprosessin vaiheet ja niiden esimerkkinä leikkauspotilaan 4 käynnin kokonaisuus, joista 1. käynnillä hoitoprosessin vaiheena on kirjattu tulotilanne, 2. ja 3. käynnillä hoidon toteutus ja 4. käynnillä hoidon arviointi.

Merkinnässä tulee aina olla tieto hoitoprosessin vaiheesta. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja edelleen tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. Yksi merkintä kirjataan yleensä yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta jos merkintä jakautuu selkeästi hoitoprosessin eri vaiheisiin, voi merkinnässä käyttää useampia hoitoprosessin vaiheita. Kaikki hoitoprosessin vaiheet voivat toteutua esimerkiksi yhden käynnin aikana. Silloin vaihetta ei tarvitse käytännössä erotella kirjatessa, vaan merkintä voidaan tehdä käyttäen yhtä prosessin vaihetta, esimerkiksi hoidon toteutusta. Prosessin vaihetta ei tarvitse muuttaa, vaikka hoidon toteutusvaiheen käynnin kirjauksessa käytettäisiinkin esimerkiksi *Suunnitelma-*otsikkoa. Merkinnässä voi kuitenkin käyttää useampaa hoitoprosessin vaihetta silloin, kun se

on tarpeellista. Toisaalta, jos esimerkiksi jälkikontrollissa todetaan hoitoa vaativa haittavaikutus, joka vaatii hoitoa eri ammattihenkilöiden toimesta, muuttuu hoidon syy tältä osin jatkossa haittavaikutuksen hoidoksi ja näiden käyntien hoitoprosessin vaihe kirjataan haittavaikutuksen hoidon vaiheen mukaiseksi.

Hoitoprosessin vaiheen avulla voidaan seurata kuinka potilaan hoito on toteutunut. Keskeiset potilastiedot saadaan liitettyä hoitoprosessin vaiheeseen, jolloin potilastietoja haettaessa voidaan hakua rajata esimerkiksi tulotilanteeseen liittyviin tietoihin. Esimerkkejä eri hoitoprosessin vaiheen alle kirjattavista asiakokonaisuuksista on koottu taulukkoon 1. Joidenkin asiakirjojen, esimerkiksi todistusten yhteydessä on tarpeetonta ilmaista hoitoprosessin vaihetta, jolloin käytetään vaihetta *määrittämätön*.

Taulukko 1. Hoitoprosessin vaiheiden alle kirjoitettavia asiakokonaisuuksia.

Hoitoprosessin vaihe	Vaiheessa kirjattavia asiakokonaisuuksia
Tulotilanne	Potilaan taustatiedot: potilaan ilmoittama tulosyy, esitiedot ja ongelmat. Tulotilanteessa tehdyt havainnot, tutkimukset ja arvioinnit: nykytila (status), toimintakyky, hoitoisuus, hoidon tarve. Lisäksi tarkistetaan ja täydennetään potilaan pysyväisluonteiseen terveydentilaan liittyvät tiedot: terveyteen vaikuttavat tekijät, riskitiedot, lääkehoito ja apuvälineet. Osa tiedoista voi siirtyä myös läheteestä merkintöjen pohjaksi.
Hoidon suunnittelu	Terveystieteiden ammattihenkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä laadittu suunnitelma potilaan hoidosta, sen perusteista ja tavoitteista. Kuvataan mm. hoidon tarve, hoidon tavoitteet, kirjataan suunnitellut tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotoimet, apuvälineet ja hoitotarvikkeet, annetut lääkemääräykset sekä pyydettävät konsulttiopyynnöt.
Hoidon toteutus	Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi käytetyt keinot ja menetelmät: tehdyt tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotoimet, annettu lääkehoito ja rokotukset, luovutetut apuvälineet ja hoitotarvikkeet, sekä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön antama ohjaus muun muassa ravitsemuksesta ja liikunnasta.
Hoidon arviointi	Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnittelussa asetettuihin tavoitteisiin: potilaan yleistilanteen ja toimintakyvyn muutokset, tehtyjen tutkimusten ja mittausten perusteella arvioidut muutokset ja toteutettuihin hoitotoimiin (toimenpiteet, kuntoutus, lääkehoito ja muut hoitotoimet) liittyvät muutokset, diagnoosi tai käyntisy.
Määrittämätön	Määrittämätöntä hoitoprosessin vaihetta käytetään niissä tilanteissa joissa ei ole mielekasta hyödyntää mitään määritellyistä vaiheista, kuten todistuksissa.

6.2 Otsikot ja lisäotsikot

Hoitoprosessin vaiheen lisäksi tekstiä jäsennetään asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen otsikoiden avulla. Otsikoiden käyttö auttaa hahmottamaan mitä asioita tekstin siinä osassa käsitellään, esimerkiksi Esitiedot (anamneesi), Nykytila (status) tai Suunnitelma.

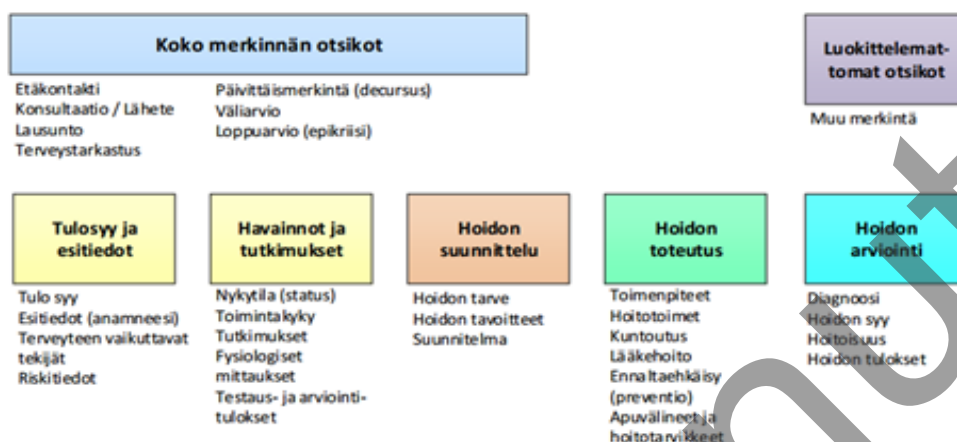
Otsikoiden alle kirjataan kyseiseen asiayhteyteen liittyvää tietoa vapaamuotoisena tekstinä sekä hyödyntäen keskeisiä rakenteisia tietoja. Jäsentämisen lisäksi otsikoita voidaan käyttää hakutekijänä etsittäessä tiettyyn asiayhteyteen liittyviä tietoja. Valtakunnallisten otsikoiden määrä on tarkoituksellisesti suppea, jotta niiden avulla tietoja voi ryhmitellä yhdenmukaisesti ja siten käyttää niitä yhtenäisinä hakutekijöinä. Tekstin lukemisessa käytettävään jäsentelyyn valtakunnallinen otsikosto on monissa tapauksissa liian karkea ja niitä voidaan tarkentaa lisäotsikoilla. Otsikoiden luokitus on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella nimellä *AR/YDIN - Otsikot*.

Merkinnällä tulee aina olla ainakin yksi kansallinen otsikko, muuten otsikoiden määrää merkinnässä ei ole rajoitettu. Otsikot voidaan ryhmitellä loogisesti kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti:

- Tulosity ja esitiedot (Tulotilanne)
- Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne)
- Hoidon suunnittelu
- Hoidon toteutus
- Hoidon arviointi
- Luokittelemattomat otsikot (Määrittelemätön)

Lisäksi osa otsikoista sopii paremmin **koko tekstin otsikoiksi** ja niitä käytetään yleensä merkinnän ensimmäisenä otsikkona, jonka alle kirjataan hoitojakson tai käynnin ajankohta ja sen jälkeen varsinainen teksti muilla otsikoilla jäsenneltynä. Liitteessä 2 on esimerkki *Loppuarvio*-otsikon käytöstä epikriisimerkinnän ensimmäisenä otsikkona.

Hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden ryhmittely on esitetty kuviossa 7. Ryhmittely on vain suuntaa antava, sillä otsikot eivät kategorisesti kuulu vain yhteen vaiheeseen, vaan useimpia niistä voi käyttää useammassa hoitoprosessin vaiheessa. Otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa on kuvattu taulukossa 2. Teknisesti kaikki otsikot ovat täysin samantasoisia ja lopullinen valinta otsikoiden käyttämisestä on kirjaajalla itsellään.



Kuvio 7. Otsikot voidaan ryhmitellä kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita vastaavasti.

Lisäotsikot

Kirjaaja voi jäsentää merkintää valtakunnallisia otsikoita tarkemmalle tasolle käyttämällä lisäotsikoita. Lisäotsikko on esimerkiksi oma, paikallinen otsikko tai otsikon tarkennin. Lisäotsikoi- ta ei voi käyttää yksinään, vaan ne liittyvät aina johonkin valtakunnalliseen otsikkoon. Lisäot- sikoita ei ole erikseen määritetty. Ne ovat rakenteeltaan vapaata tekstiä, joten merkinnän teki- jä voi kirjoittaa tarkentavan otsikon vapaasti. Ne ovatkin tarkoitettu tekstiä luettaessa jäsentä- mään tekstiä valtakunnallisia otsikoita tarkemmin. Hakutekijöiksi ne eivät vapaan tekstin muo- toisina sovellu. Organisaatiot tai potilastietojärjestelmät voivat halutessaan määritellä omia suositeltavia lisäotsikkolistoja ja käyttää näitä järjestelmissä fraasien tavoin. Mahdollinen listo- jen käyttö ei kuitenkaan estä myös muiden lisäotsikoiden käyttöä.

6.3 Otsikoiden käyttäminen eri vaiheissa

Otsikoiden alle voidaan kirjata sekä vapaata tekstiä että rakenteista tietoa. Rakenteisten tieto- jen kirjaamista käsitellään tarkemmin kunkin rakenteisen tiedon luvussa. Valtakunnallisten otsikoiden määritelmät on kuvattu kansallisella Koodistopalvelimella julkaistussa *AR/YDIN - Otsikot* -luokituksessa.

Taulukossa 2 kuvataan eri otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa (ei estä otsikoiden käyttöä muissa hoitoprosessin vaiheissa, jos se on perusteltua). Joitakin otsikoita käytetään ns. yläotsikkona koko kertomusmerkinnälle, toiset otsikot soveltuvat paremmin väliotsikoiksi ryhmittämään tekstiä loogisiin kokonaisuuksiin. Teknisesti kaikki otsikot ovat kuitenkin saman- laisia ja niitä voi käyttää sekä ylä- että väliotsikkoina.

Taulukko 2. Otsikoiden ohjeellinen käyttö eri hoitoprosessin vaiheissa.

	Tulotilanne	Hoidon suunnittelu	Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	Määrittelemätön
Merkinnän"yläotsikot"					
Etäkontakti		(x)		(x)	
Konsultaatio / Lähetä		x		x	
Lausunto					x
Terveystarkastus			x	(x)	
Päivittäismerkintä (decursus)			x	(x)	
Väliarvio				x	
Loppuarvio (epikriisi)				x	
Tulosy ja esitiedot					
Tulosy	x				
Esitiedot (anamneesi)	x				
Terveysteen vaikuttavat tekijät	x				
Riskitiedot					x
Havainnot ja tutkimukset					
Nykytila (status)	x				
Toimintakyky	x			x	
Tutkimukset		(x)	x		
Fysiologiset mittaukset		(x)	x		
Testaus- ja arviointitulokset		(x)	x		
Hoidon suunnittelu					
Hoidon tarve	(x)	x		(x)	
Hoidon tavoitteet		x			
Suunnitelma		x			
Hoidon toteutus					
Toimenpiteet		(x)	x		
Hoitoimet		(x)	x		
Kuntoutus		(x)	x		
Lääkehoito	(x)	(x)	x		
Ennaltaehkäisy (preventio)			x		
Apuvälineet ja hoitotarvikkeet	(x)	(x)	x		
Hoidon arviointi					
Diagnoosi				x	
Hoidon syy				x	
Hoitoisuus	(x)			x	
Hoidon tulokset				x	
Luokittelemattomat otsikot					
Muu merkintä	(x)	(x)	(x)	(x)	x

Koko merkinnän (ylä)otsikot

Etäkontakti

Otsikkoa käytetään sähköisten (esimerkiksi sähköposti), kirjeitse tapahtuvien ja puhelin-kontaktien sekä ilman potilaskontaktia tapahtuvien potilaskertomusmerkintöjen otsikkona. Lisäotsikolla voidaan täsmentää, millaisesta etäkontaktista on kyse. Yleensä merkinnät ovat lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää tarvittaessa.

Konsultaatio / Lähetä

Otsikkoa käytetään sisäisten läheteiden, sekä konsultaatiopyyntöjen ja -vastausten otsikkona. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, onko kyseessä sisäinen lähete, konsultaatiopyyntö vai konsultaatiovastaus. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Läheteellä ja konsultaatiopyynnöllä tulee esittää riittävät tiedot potilaan esitiedoista, tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista, potilaan statuksesta, ongelmana olevan taudin kulusta ja kysymyksen asettelusta. Konsultaatiovastaukseen tulee kirjata konsultaation yhteydessä tehtyjen tutkimusten ja arvioiden tiedot tai yhteenveto, vastaus konsultaatiopyynnössä esitettyihin kysymyksiin sekä ehdotus jatkohoidosta tai -toimista.

Lausunto

Otsikkoa käytetään ulkopuolisille tahoille tai organisaation sisäiseen käyttöön tehtyjen lausuntojen ja todistusten otsikkona. Monet lausunnot kirjataan omilla *AR/YDIN Näkymät* -luokituksen mukaisilla lomakerakenteilla (esimerkiksi A-todistus). Näille käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti. Vapaamuotoisia lausuntoja on suositeltavaa jäsentää käyttämällä muita otsikoita ja täsmentää lisäotsikolla, millaisesta lausunnosta on kyse.

Tieto erillisestä lausunnosta voidaan kirjata kertomustekstiin *Lausunto*-otsikon alle. Jos samalla kertaa tehdään todistus, löytyy se palvelutapahtuman perusteella. Jos lausunto on tehty eri kerralla, lausunnon löytämisen helpottamiseksi on suositeltavaa kirjata otsikon alle myös päivämäärä, jolloin lausunto on tehty. Myös tieto muista kuin potilasasiakirjoina tehtävistä lausunnoista, kuten merkinnät poliisin virka-apupyntöihin liittyvistä lausunnoista ja muista toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituksista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset, voidaan kirjata *Lausunto*-otsikon alle. Näitä lausuntoja tai ilmoituksia ei kuitenkaan tallenneta potilaskertomukseen, vaan ne toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista. Ks. tarkemmin luku 16 Lausunnot ja todistukset.

Terveystarkastus

Otsikkoa käytetään jatkuvaan potilaskertomukseen kirjattavien terveystarkastusten otsikkona. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, millaisesta terveystarkastuksesta on kyse. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Monia terveystarkastuksia varten on olemassa omia lomakerakenteita, joilla annetaan lausunto terveystarkastuksen tuloksesta, esimerkiksi *Nuorison terveystarkastus*. Näillä lomakkeilla käytetään otsikkona *Lausuntoa*. Käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa lausuntolomakkeille, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti. Terveystarkastuksissa tulee kirjata tarkastuksessa ilmenneet löydökset, tutkimustulokset ja ongelmat, jatkotoimien tavoitteet ja tarve sekä jatkohoidon ohjeet. Tarkastukseen liittyvät rakenteiset tiedot kirjataan kyseisiä rakenteita käyttäen.

Päivittäismerkintä (decursus)

Otsikkoa käytetään pääasiassa potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisten päivittäismerkintöjen (Decursus-merkintöjen) otsikkona, mutta sitä voi käyttää myös avohoidossa lyhytaikaisen hoidon tai sairauden kulun merkinnöissä. Päivittäismerkinnät ovat yleensä **lyhyitä**, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää lisänä tarvittaessa. *Päivittäismerkintä*-otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mutta sitä voivat käyttää myös muut ammattihenkilöt silloin kun merkintöjä ei tehdä Hoitokertomus-näkymälle (HOKE) päivittäismerkintöinä.

Väliarvio

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen aikaisten yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Merkinnälle tulee kirjata miltä ajalta yhteenveto on tehty ja tekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen. Väliarvio tulee tehdä pitkäaikais- hoidossa vähintään 3 kk välein tai potilaan tilanteen oleellisesti muuttuessa. Lisäksi väliarvio kirjataan potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta tai tilapäisesti erikoisalalta toiselle saman organisaation sisällä.

Väliarviossa kirjataan yhteenveto hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voimissa ja hoidossa tapahtuneesta oleellisesta kehityksestä sekä muutokset esitetietoihin tai aiempaan väli- tai loppuarvioon nähden. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei väliarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksista, yleensä yhteenveto asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. luku 13 Toimenpiteet). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveto, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa.

Loppuarvio (epikriisi)

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen **päätyessä** tehtävien yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Loppuarvio kirjataan myös potilaan hoitovastuun **siirtyessä** toiseen organisaatioon tai pysyvästi erikoisalalta toiselle. Merkinnästä tulee selvittää, missä yksikössä hoito on tapahtunut ja miltä ajalta yhteenveto on tehty. Loppuarviotekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen.

Loppuarviossa kirjataan yhteenveto hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta, lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä. Epikriisiin kirjataan rakenteisesti päädiagnoosi ja mahdolliset sivudiagnoosit. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei loppuarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksissa. Yleensä yhteenveto asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. luku 13 Toimenpiteet). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveto, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa.

Hoidon syy ja esitiedot (Tulotilanne)

Tulosyy

Otsikon alle kirjataan lyhyesti potilaan hoitoon hakeutumisen syy. Tulosyy kirjataan vapaana tekstinä siten kuin potilas tai hänen saattajansa asian kuvaa. Tulossyy kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9. (ks. myös otsikot *Hoidon syy ja Diagnoosi*)

Esitiedot (anamneesi)

Otsikon alle kirjataan potilaan, hänen omaisensa tai saattajansa antamat tai aiemmista potilaskertomuksista kootut tiedot potilaan terveydestä. Keskeisintä esitiedoissa on nyky sairauteen tai pääasialliseen ongelmaan liittyvät esitiedot, kuten sairauden alkaminen ja kulku, potilaan kertomat subjektiiviset oireet ja sairauden mahdolliset aikaisemmat vaiheet sekä aikaisemmat hoidot.

Esitietoihin kirjataan myös tiedot muista sairauksista ja suvussa esiintyneistä sairauksista tai tutkimustuloksista sekä muista ongelman kannalta huomioon otettavista sairauksista tai lääkehoidoista samoin kuin sairauteen tai hoitoon mahdollisesti vaikuttavat tiedot elinymäristöstä ja elämäntilanteesta. Esitietoja voi jäsentää tarkemmin esimerkiksi lisäotsikoilla *Nyky sairaus, Muut sairaudet, Sukuanamneesi, Muut esitiedot*.

Terveyteen vaikuttavat tekijät

Otsikon alle kirjataan tietoja, jotka kuvaavat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita, kuten tupakointi ja päihteiden käyttö. Terveyteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan kerrottu tai todettu tilanne, ei sitä, miten asiaa pyritään korjaamaan. Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 11.

Riskitiedot

Otsikon alle kirjataan tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Potilaalla todetut riskitiedot kirjataan rakenteisesti kootusti erilliselle riskitietonäkymälle (RIS), jolloin kirjaajan ei tarvitse käyttää otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tuottaa otsikon rakenteeseen automaattisesti. Riskitietojen kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 10.

Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne)

Nykytila (Status)

Otsikon alle kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemässä kliinisessä tutkimuksessa todetut löydökset ja havainnot. Kliinisiä tutkimuksia ovat esimerkiksi sydämen auskultaatio, kilpirauhasen palpaatio, perifeeriset jännevenytysheijasteet tai silmänpohjien tutkiminen oftalmoskopiolla. Nykytilan tiedot kirjataan toistaiseksi pääosin vapaana tekstinä, koska nykytilan rakenteista kirjaamista ei toistaiseksi (2018) ole valtakunnallisesti määritelty muualla kuin suun terveydenhuollossa.

Toimintakyky

Otsikon alle kirjataan tietoa henkilön kyvystä ja edellytyksistä selviytyä arjen toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista, sekä näihin liittyvä kehitys tai muutokset. Tietojen kirjaamisessa suositellaan käytettäväksi tai sovellettavaksi *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokituksen* (ICF) mukaisia viitekehystä henkilön toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja kontekstuaalisista tekijöistä. ICF-luokituksen mukaisia toimintakyvyn osa-alueita, aihealueita (pääluokkia) tai yksityiskohtaisempia kuvauskohteita voidaan käyttää esimerkiksi *Toimintakyky*-otsikon lisäotsikkoina. *Toimintakyky*-otsikon alle kirjattavat tiedot voivat pohjautua myös erilaisiin toimintakykymittarein tuotettuun tietoon. Toistaiseksi tiedot kirjataan kuitenkin tekstimuotoisesti.

Suositeltavaa on, että mittaustuloksia raportoitaessa kuvaukseen liitetään myös tieto käytetystä mittarista (nimi, mahdollinen versio ja muut tarpeelliseksi katsottavat tiedot) sekä lyhyt analyysi tai päätelmät mittaustuloksista.

Sen sijaan toimintakyvyn ylläpitoon tai parantamiseen liittyvät toiminnot tai palvelusisällöt kirjataan *Kuntoutus*-otsikon tai *Hoitotoimet*-otsikon alle palvelukohtaiselle, ammatilliselle tai erikoisalakohtaiselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Toimintakyvyn kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa. Tietosisällön määrittelyä valmistellaan Toimintakyvyluokitusten ja toimintakykymittareiden tietorakenteet -asiantuntijaryhmän ja muiden mahdollisten asiantuntijaryhmien yhteistyönä.

Tutkimukset

Laboratoriotutkimusten (käsittää kaikki laboratorion erikoisalat myös klinisen fysiologian ja klinisen neurofysiologian) ja kuvantamistutkimusten pyyntöjen ja vastausten sekä läheteiden ja lausuntojen merkinnät kirjataan rakenteisesti LAB- tai RTG -näkyville. Näissä käyttäjän ei tarvitse käyttää otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tuottaa otsikon rakenteeseen automaattisesti. Jatkuvassa potilaskertomuksessa otsikon alle kirjataan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista tehdyt huomiot ja löydökset, jotka erityisesti tulee huomioida hoidossa, esimerkiksi "*B-gluk toistuvasti tasolla 10–15*" tai "*Radiusmurtuma luutunut huonoon asentoon*". Tutkimusten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12.

Fysiologiset mittaukset

Otsikon alle kirjataan henkilön terveydentilaan liittyviä fysiologisia suureita, kuten pituus, paino ja verenpaine rakenteisina tietoina *FinLOINC*-luokituksella. Jos fysiologisille mittauksille on potilastietojärjestelmässä oma rakenteinen osionsa, ei kirjaajan tarvitse käyttää *Fysiologiset mittaukset* -otsikkoa. Jos fysiologisille mittaustiedoille ei ole käytettävissä *FinLOINC*-koodia, kirjataan mittaukset *Fysiologiset mittaukset* -otsikon alle vapaamuotoisesti osaksi muuta kertomustekstiä. Tällaisia mittauksia ovat esimerkiksi aivopaineen mittaus tai kiven koon mittaus, jotka eivät tällä hetkellä sisälly *FinLOINC*:iin. Fysiologisten mittauksen kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12.

Testaus- ja arviointitulokset

Otsikon alle kirjataan sellaiset tutkimukset tai arvioinnit, joiden tulokset ilmaistaan yleensä sanallisena kuvauksena, eivätkä ne ole ilmaistavissa selkeästi mitattavina arvoina. Tällaisia tutkimuksia voivat olla muun muassa jotkut erityistyöntekijöiden, esimerkiksi psykologien tekemät tutkimukset, testaukset, kyselyt ja haastattelut, kuten muistitestit. Otsikon alle kirjataan sekä tutkimusten suorittamiseen liittyvät tiedot että niihin perustuvat johtopäätökset. (Ks. myös otsikko *Toimintakyky*)

Hoidon suunnittelu

Hoidon tarve

Otsikon alle kirjataan potilaan terveydentilaan liittyvät, jo olemassa olevat tai tulevaisuudessa mahdollisesti odotettavat ongelmat, joita pyritään ratkaisemaan tai lievittämään potilaalle annettavan hoidon ja ohjauksen avulla, sekä voimavarat, jotka tukevat potilasta omahoidon hallinnassa.

Hoidon tavoitteet

Otsikon alle kirjataan hoidon suunnittelussa potilaan hoidon, kuntoutuksen tai terveyden edistämisen kannalta oleelliset tavoitteet. Hoidon tavoitteiden toteutuminen tulee olla arvioitavissa.

Suunnitelma

Otsikon alla kuvataan potilaan tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja niiden järjestämistä käsittelevä suunnitelma. Suunnitelma hoitajaksoa varten tehdään yleensä hoitajakson alussa potilaan tulotilanteen, tulosyyn ja hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Suunnitelmaa tarkennetaan hoidon edetessä ja hoitajakson päättyessä kirjataan jatkohoitosuunnitelma.

Hoitokauskojen välinen, potilaan ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteinen hoitosuunnitelma voidaan kirjata erilliselle Terveys- ja hoitosuunnitelma-näkymälle (YHOS). Mikäli se ei ole vielä käytössä tai muutoin on perusteltua olla kirjaamatta suunnitelmaa YHOS-näkymälle, kirjataan suunnitelma jatkuvan potilaskertomuksen näkymälle *Suunnitelma*-otsikolla. Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimista kuvataan tarkemmin luvussa 18.

Hoidon toteutus

Toimenpiteet

Otsikon alle kirjataan potilaalle tehty tai suunnitellut toimenpiteet, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta. Tehty toimenpiteet kirjataan rakenteisina tietoina toimenpiteiden rakenteiden mukaisesti. Otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä toimenpiteisiin liittyvät muut tarvittavat tiedot, kuten toimenpiteen perustelut, toimenpidekertomus ja mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot. Toimenpidekertomuksessa kuvataan oleellisilta osin toimenpiteen kulku, toimenpiteessä todetut löydökset sekä saavutettu lopputulos. Toimenpiteiden kirjaamisesta on kuvattu tarkemmin luvussa 13. Toimenpiteen jälkeinen jatkohoito suunnitelma kirjataan *Suunnitelma*-otsikon alle. Ks. myös otsikot *Hoitotoimet*, *Kuntoutus*, *Lääkehoito* ja *Ennaltaehkäisy*.

Hoitotoimet

Otsikon alle kirjataan ne toteutuneet hoitotoimet tai -toiminnot, joilla esimerkiksi hoitaja tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö on vastannut potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin ja joita ei kirjata muiden hoidon toteutusvaiheen otsikoiden, kuten *Toimenpiteiden*, *Kuntoutuksen* tai *Lääkehoidon* alle. Myös potilasohjaus kirjataan otsikolla *Hoitotoimet*.

Kuntoutus

Otsikon alle kirjataan potilaan moniammatillisen kuntoutuksen ja terapia- ja erityispalveluiden toteutukseen, sisältöihin tai toimintoihin avo- ja laitoshoidossa liittyviä tietoja. Myös potilaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyvät toiminnot kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palveluissa sekä apuvälinepalveluun liittyvät toiminnot kirjataan *Kuntoutus*-otsikon alle.

Kuntoutus-otsikon alle voidaan kirjata myös esimerkiksi kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden antamia osastopotilaan kuntoutukseen liittyviä ohjeita ja muuta oleellista informaatiota muille potilasta hoitaville ammattiryhmille, kuten osastolla toimiville hoitajille. Tietoa ei kui-

tenkaan kirjata *Kuntoutus*- otsikon alle silloin, kun tiedolle on osoitettu erikseen tarkoitukseen yleisemmin soveltuva otsikko, kuten *Suunnitelma*, *Väliarvio*, *Loppuarvio* tai *Lausunto*.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät käyttävät kuntoutukseen liittyvien tietojen kirjaamisessa omia, ammattiryhmäkohtaisia nimikkeistöjään. Nimikkeistöillä voidaan näin tarkentaa kansallisia otsikoita, jolloin ne toimivat tässä oppaassa toisaalla kuvattujen lisäotsikoiden tapaan. Hoitajat voivat kirjata esimerkiksi kuntouttavaan hoitotyöhön liittyviä toimintoja *Hoito-toimet*-otsikon alle omia ammatillisia tietorakenteita käyttäen. Kuntoutukseen liittyvät tiedot kirjataan palvelukohtaiselle, ammatilliselle tai erikoisalakohtaiselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu.

Kuntoutuksen kirjaamista kehitetään yhteistyössä Nimikkeistöjä koordinoivan asiantuntijaryhmän (NIKO) ja muiden asiantuntijaryhmien kanssa. Lisätietoa löytyy osoitteesta <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/kuntoutus-ja-erityistyontekijoiden-nimikkeistot>. Asiaa ohjeistetaan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisen osan erillisjulkaisuissa. Kuntoutuksen tietorakenteita ja sisältöä ei ole toistaiseksi määritelty.

Lääkehoito

Lääkkeen määräykset, tarkistukset, antomerkinnät ja muut voimassa olevan lääkityksen muuttamiseen, tarkistamiseen tai lääkkeen antamiseen liittyvät kirjaukset tehdään rakenteisesti lääkitysosioon, eikä kirjaajan tarvitse silloin käyttää *Lääkehoito*-otsikkoa (ohjelmisto tuottaa sen automaattisesti taustalla). Tarvittaessa otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä lääkehoitoon liittyviä arviointeja, kommentteja ja perusteluja tehdyille ratkaisuille, joita ei voida kirjata rakenteisena tietona. Voimassa olevaa lääkitystä ei ole tarkoitus kirjata rakenteisen tiedon lisäksi otsikon alle potilaskertomustekstiin, vaan lääkitystiedot on tarkoitus jatkossa ylläpitää täysin omassa lääkitysosiossa. Toistaiseksi, jos esimerkiksi hoitopalautteeseen ei pystytä liittämään rakenteista lääkitystietoa, voidaan tekstiin *Lääkehoito*-otsikon alle tuottaa tiedot Voimassa olevasta lääkityksestä (VLÄÄ). Lääkehoidon kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 14.

Ennaltaehkäisy (preventio)

Otsikon alle kirjataan rokotuksiin sekä muuhun terveyskasvatukseen ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvää tietoa. Rokotustiedot kirjataan rakenteisena tietona. Muun terveyskasvatukseen, terveyden edistämisen ohjaukseen ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvä tieto kirjataan pääsääntöisesti vapaamuotoisena tekstinä tai mahdollisuuksien mukaisesti rakenteisesti tarkoituksenmukaista luokitusta hyödyntäen. Ennaltaehkäisyn ja rokotustietojen kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 15.

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Otsikon alle kirjataan tietoa (esimerkiksi lista tai luettelo) toimintakykyrajoitteisen henkilön käytössä olevista, arjen selviytymistä ja osallistumista tukevista apuvälineistä sekä (pitkäaikaisten) sairauksien hoidon kannalta keskeisimmistä hoitotarvikkeista. Otsikon alle voidaan kirjata myös muuta tarpeelliseksi katsottavaa tietoa apuvälineistä ja hoitotarvikkeista, kuten esimerkiksi käyttöön luovutettavien tai käytössä olevien apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden määrä, tuotemerkki ja mallitehdyt modifioinnit tai muutostyöt sekä muut itse välineisiin tai tarvikkeisiin liittyvät oleelliset tiedot. Kirjaus voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai esimerkiksi apuvälineistä *SFS/THL - Apuvälineluokitusta* apuna käyttäen. Myös muut kuin kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat potilaan apuvälineisiin liittyvää tietoa *Apuvälineet ja hoitotarvikkeet* -otsikon alle.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat apuvälineiden käyttöön liittyvän ohjauksen ja muun toteuttamansa apuvälinepalvelun oman alansa nimikkeistöä käyttäen *Kuntoutus*-otsikon alle joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Hoitajat voivat vastaavasti kirjata hoitotarvikkeiden käytön ohjaukseen liittyvät ja muut toteuttamaansa hoitotarvikkepalveluun liittyvät toiminnot *Hoitotoimet* -otsikon alle käyttämilleen näkymille (esimerkiksi HOI, NEUVO, OPI).

Apuväline- ja hoitotarviketiedon rakennetta ja sisältöä on tarkoitus valmistella jatkossa mm. apuvälineluokituksen muiden mahdollisten asiantuntijaryhmien yhteistyönä. Myös niin sanottujen apuvälinerekistereiden ja potilaskertomukseen tehtävien kirjausten välisen suhteen, sisältöjen ja toiminnallisuuksien määrittelyt edellyttävät jatkossa tarkennuksia.

Hoidon arviointi

Diagnoosi

Otsikon alle lääkäri kirjaa potilaalla todetut diagnoosit diagnoosirakenteen mukaisesti. Diagnoseihin kirjataan käynnillä tai hoitojaksolla todetut tai hoidetut diagnoosit sekä muut potilaan käynnillä tai hoitojaksolla hoitoon oleellisesti vaikuttaneet diagnoosit. Potilaan pitkäaikaisdiagnoseja, joilla ei ollut hoidon kannalta mitään merkitystä, ei kirjata. Diagnoosin rakenteista kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9.

Hoitoisuus

Otsikon alle hoitaja kirjaa hoitoisuusluokitusmittarilla mitatun arvion potilaan saamasta hoidon määrästä ja vaativuudesta. Hoitoisuustieto kirjataan rakenteisesti hoitoisuusluokitusta käyttäen.

Hoidon tulokset

Otsikon alle kirjataan potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. Tuloksia arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon.

Luokittelemattomat otsikot (Määrittelemätön)

Muu merkintä

Otsikkoa käytetään silloin kun kirjattava tieto ei sovellu muiden otsikoiden alle.

7 Potilaan perustiedot

HYVÄ TIETÄÄ

Potilas tulee pystyä tunnistamaan ja uusista potilaista on kirjattava tarpeelliset tiedot, kun se on mahdollista. Suuri osa potilaan perustiedoista tulee potilastietojärjestelmään ajantasaisina väestötietojärjestelmästä, mutta kirjaajan on silti hyvä varmistaa, että ne ovat oikein.

Potilaan perustiedot koostuvat potilaan yksilöintitiedoista ja yhteystiedoista. Tietoja käytetään potilaan tunnistamiseen sekä yhteydenpitoon potilaan kanssa. Potilaan yksilöintitiedot ovat potilaan etunimi, sukunimi, nimihistoria, henkilötunnus, tilapäinen yksilöintitunnus, syntymäaika, sukupuoli ja potilaan kuolinaika. Tiedoista ilmenee myös potilaan yksilöintitietoja viimeksi päivittäneen palvelunantajan ja tämän organisaation tiedot. Potilaan yksilöivänä tunnuksena toimii henkilötunnus.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilaan yksilöintitietojen minimitiedot ovat potilaan nimi, syntymäaika ja henkilötunnus. Potilaan yksilöintitiedot sisältyvät myös sähköisen potilaskertomuksen asiakirjojen tunnistetietoihin. Muita potilaan perustietoihin kirjattavia tietoja ovat potilaan yhteystiedot, tieto potilaan huoltajasta, laillisesta edustajasta tai edunvalvojasta, edunvalvontatieto, turvakielto ja muut tiedot, kuten tiedot perustietojen viimeisimmästä päivätyksestä. Perustiedoissa käytettäviä luokituksia ja tietorakenteita on koottu taulukkoon 3.

Taulukko 3. Potilaan perustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Lomakerakenne
AR/YDIN - Sukupuoli	AR/Lomake-perushenkilötietolomake (HEN)
VRK/THL - Kuntakoodit	
TK - Ammattiluokitus	
SFS - Kielikoodisto	
SFS - Maakoodisto	
AR/YDIN - Sukulaisuus	
AR/YDIN - Yhteys henkilön ensisijaisuus	

7.1 Henkilön yksilöintitiedot

Suomessa asuvien henkilöiden perustiedot löytyvät Väestörekisterikeskuksen (VRK) ylläpitämästä väestötietojärjestelmästä (VTJ). Potilastietojärjestelmät saavat väestötietojärjestelmästä potilaan yksilöintitiedot, kuten nykyiset etunimet, nykyisen sukunimen, nimien muutokset, henkilötunnuksen, sukupuolen ja kuolinpäivän. Useimmissa organisaatioissa on rakennettu eräajopohjainen päivitys VTJ:n tiedoista, mutta tiedot päivittyvät eri organisaatioissa vaihtelevin aikatauluin.

Muilta osin palvelunantaja voi täydentää tietoja kirjaamalla niitä potilastietojärjestelmässä. Tietojen oikeellisuus tulee tarkistaa potilaalta tai potilasta edustavalta henkilöltä mahdollisuuksien mukaan. Tällöin ammattihenkilön potilastietojärjestelmässä tekemät päivitykset potilaan perustietoihin kirjataan aina sisältäen päivämäärän ja päivityksen tekijän tiedot. Henkilötiedot päivittänyt terveydenhuollon ammattihenkilö yksilöidään henkilötunnuksella.

Henkilötunnus

Potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan henkilötunnus. Potilaalle voidaan merkitä tilapäinen yksilöintitunnus, jos henkilöä ei ole kirjattu väestötietojärjestelmään tai henkilötunnus ei muusta syystä ole tiedossa. Tilapäisen yksilöintitunnuksen lisätietona voidaan kirjata sen voimassaoloaika.

Potilastietojärjestelmä luo tilapäisen yksilöintitunnuksen ja tuottaa sille Potilastiedon arkistoon tallentaessa ISO-standardin mukaisen OID-tunnuksen (mallia 1.2.246.10.<y-tunnus>.22.<vuosi>.<tilapäinen h- tunnus>). Oikeat henkilötunnukset esitetään Potilastiedon arkistossa OID-tunnuksella täydennettyinä (mallia 1.2.246.21.<henkilötunnus>). Käyttäjälle henkilötunnukset näytetään 11-merkkisessä tekstimuodossa ilman OID-tunnusta. Henkilötunnus tai tilapäinen yksilöintitunnus on pakollinen kirjattava tieto.

Nimi ja syntymä- ja kuolinaika

Käyttäjä kirjaa etu- ja sukunimen niille tarkoitettuun kohtaan potilastietojärjestelmässä. Sukunimestä voidaan kirjata lisäksi entinen sukunimi. Entinen sukunimi näkyy vain henkilötietolomakkeella eikä sitä tarvitse kirjata muihin potilasasiakirjoihin. Henkilön nimi on pakollinen kirjattava tieto. Sosiaali- ja terveydenhuollossa syntymä- ja kuolinaika kirjataan minuutin tarkkuudella, jos ne ovat tiedossa. Väestörekisterikeskuksesta tieto kuolinajasta saadaan päivän tarkkuudella. Henkilön syntymäaika on pakollinen kirjattava tieto.

Sukupuoli

Sukupuoli kirjataan potilastietojärjestelmään luokituksella *Sukupuoli*. Luokitus on kansainvälisen ISO 5218 ja kansallisen SFS 4182 -standardien mukainen. Kirjaamisessa on huomioitava, että Väestörekisterikeskuksesta välitettävässä tiedossa ei ole käytössä standardin mukaisista koodistoista (ks. taulukko 4). VRK:n tiedoissa mies ilmaistaan koodilla "1", nainen ilmaistaan koodilla "2" ja tiedon puuttuminen ilmaistaan koodilla "B". Henkilön sukupuoli on pakollinen kirjattava tieto.

Taulukko 4. Sukupuoli-koodistojen vastaavuus.

Koodi	AR/YDIN-Sukupuoli (SFS 4182)	VRK-koodiston vastaavuus
1	Mies	1
2	Nainen	2
9	Määrittelemättä	(ei vastaavuutta)
0	Tuntematon	B

7.2 Henkilön yhteystiedot

Henkilön yhteystiedot käsittävät osoitteen, kuntaan muuttopäivän, kotikunnan, puhelinnumeron, faksin numeron, sähköpostiosoitteen, ammatin, äidinkielen ja asiointikielen. Väestötietojärjestelmästä voidaan päivittää osoite, kotikunta, ammatti, äidinkieli ja asiointikieli. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan minim tiedot ovat kotikunta ja yhteystiedot sekä tarvittaessa potilaan äidinkieli, asiointikieli ja ammatti. Potilaan yhteystietoihin voidaan lisäksi sisällyttää muita tietoja, kuten tulkin tarve ja kansalaisuus. Potilaan yhteystiedot voidaan tarkastaa esimerkiksi tulotilanteen yhteydessä ja kirjaaja päivittää muuttuneet tiedot potilastietojärjestelmään tarpeen vaatiessa.

Osoite

Väestötietojärjestelmässä henkilöllä voi olla yhtä aikaa voimassa yksi vakituinen osoite, joka voi olla kotimainen tai ulkomainen, ja sen lisäksi tilapäisiä osoitteita tai postiosoitteita. Henkilöiden osoitetietoja ylläpidetään muuttoilmoitusten avulla. Osoite on pakollinen kirjattava tieto.

Kotikunta

Henkilön kotikunta ja siellä oleva asuinpaikka saadaan väestötietojärjestelmästä. Väestötietojärjestelmään voidaan merkitä myös henkilön ilmoittama tilapäinen asuinpaikka. Henkilön kotikunta on kunta, jossa hän asuu vakituisesti. Potilastietojärjestelmässä kotikunnan kirjaamisen voi suorittaa luokituksella *Kuntakoodit*, joka noudattaa JHS 110 -suositusta kuntien numerotunnuksista (JHS 2012). Kotikunta on pakollinen kirjattava tieto. Kun henkilöllä on turvakielto tai henkilö on kuollut, VRK vaihtaa kuntakoodiksi 000 (ks. myös luku 7.5). Kuntakoodiluokituksessa on omat koodinsa myös henkilöille, joilla ei ole Suomessa kotikuntaa, tai joiden kotikunta on tuntematon tai jos henkilö asuu ulkomailla.

Puhelin, faksi ja sähköposti

Puhelintietoihin voidaan kirjata potilaan koti- ja työpuhelinnumerot. Tietoihin voidaan kirjata myös sähköpostiosoite ja faksin numero sekä tietojen voimassaoloaika.

Ammatti

Henkilön ammatti merkitään Väestötietojärjestelmään henkilön oman ilmoituksen perusteella yleensä muuttoilmoituksen yhteydessä. Ammatti kirjataan potilastietojärjestelmään tarvittaessa. Ammattia kirjattaessa voidaan hyödyntää myös luokitusta *Ammattiluokitus* tai sen voi kirjata vapaamuotoisena tekstinä.

Äidinkieli

Tieto äidinkielestä on Väestötietojärjestelmässä. Kielitieto on mahdollista myöhemmin muuttaa ilmoittamalla asiasta kirjallisesti rekisterinpitäjälle. Potilaan äidinkielen kirjaamiseen voi käyttää luokitusta *Kielikoodisto*, joka on SFS-ISO 639 -standardin mukainen.

Asiointikieli

Potilaan asiointikieli ei tarkoita pelkästään Suomessa virallisesti käytettäviä kieliä. Tässä voidaan ilmoittaa myös muita kieliä ja tietoa voidaan hyödyntää tulkkipalveluiden järjestämisessä. Potilaan asiointikielen kirjaamiseen voi käyttää luokitusta *Kielikoodisto*, joka on SFS-ISO 639 -standardin mukainen.

Tulkin tarve

Mahdollinen potilaan tulkin tarve voidaan ilmaista vapaamuotoisena tekstinä. Henkilötietolomakkeella tulkin tarve ilmaistaan kyllä/ei -kentällä.

Kansalaisuus

Kansalaisuus kirjataan tarvittaessa käyttäen apuna *maakoodistoa*.

7.3 Yhteyshenkilö

Yhteyshenkilön tiedoissa hyödynnetään samoja koodistoja ja suosituksia kuin potilaan perustiedoissa. Yhteyshenkilön sukulaisuus kirjataan luokituksella *Sukulaisuus*. Yhteyshenkilöitä voi olla useita, jolloin luokituksella *Yhteyshenkilön ensisijaisuus* voidaan kirjata, onko kyseessä ensisijainen vai toissijainen yhteyshenkilö. Sukulaisuuden lisäksi yhteyshenkilö voi olla muu edunvalvoja tai huoltaja. Esimerkiksi alaikäisen potilaan yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi, onko yhteyshenkilö huoltaja tai laillinen edustaja. Täysikäisen potilaan yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan yhteyshenkilön minim tiedot ovat alaikäisen potilaan huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä tarvittaessa potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot.

VRK:sta saadaan tieto edunvalvonnan voimassaolosta eli sen alkamis- ja päättymispäivä ja tieto mahdollisesta edunvalvonnan tehtävien jaosta edunvalvojien kesken, mitä voidaan tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä. Huoltajaa tai huoltajia koskevana tietoina saadaan väestörekisteristä tieto määräyksestä tehtävien jaosta huoltajien kesken, mitä voidaan tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä kirjaamisen yhteydessä, ja huoltajuussuhteen voimassaolosta eli sen alkamis- ja päättymispäivä.

7.4 Vakuutusyhtiö

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilaan vakuutusyhtiö kirjataan tarvittaessa eli esimerkiksi, kun hoidon syynä saattaa olla työtapaturma tai ammattitauti tai kun hoidon maksaa mahdollisesti vakuutusyhtiö. Vakuutusyhtiö kirjataan vapaamuotoisena tekstinä.

7.5 Turvakielto

Jos potilaalle on myönnetty turvakielto, potilaan kotikunta- tai osoitetietoja ei saa näyttää potilastietojärjestelmässä, eikä tietoja saa luovuttaa muille. Turvakiellon saanut voi myös ilmoittaa maistraatille Väestötietojärjestelmään merkittävän yhteysosoitteen (esimerkiksi työosoite tai postilokero), joka on käytettävissä postilähetyksien vastaanottamiseen, ja jota luovutusrajotukset eivät koske.

Tieto turvakiellosta eli sen päättymispäivämäärä saadaan Väestötietojärjestelmästä. Turvakiellon alaisista tiedoista on säädetty Väestötietojärjestelmästä ja Väestörekisterikeskuksen varmennepalveluista annetussa laissa (661/2009 § 36). Tiedon turvakiellosta tulee näkyä vähintään potilaan osoitetietojen yhteydessä.

7.6 Henkilötietolomake

Sähköinen henkilötietolomake on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella (Perushenkilötietolomake). Henkilötietoasiakirjaa ja sen mukaista HEN-näkymää **ei turvakiellosta johtuvien** teknisten ongelmien vuoksi toistaiseksi tallenneta Potilastiedon arkistoon.

7.7 Henkilötietojen jatkokehitys

Sosiaali- ja terveysministeriö voimassa olevan asetuksen terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista (165/2012) 2 §:n 1 momentin kohta 1 mukaisesti potilaan henkilötiedot jäävät pois Tiedonhallintapalvelusta, jossa ne oli suunniteltu ylläpidettäviksi.

Henkilötietojen käsittelyä ja arkistointia arvioidaan jatkossa kokonaisuutena ottaen huomioon henkilötietojen ylläpito, kansalaisen rooli ylläpidossa, rekisterinpitäjäys ja henkilötietojen käytettävyys terveydenhuollossa. Henkilötietojen ylläpitoon osallistuvien tahojen yhteistyön ja potilaan mahdollisten omien kansalaispalveluiden kautta tapahtuva omaehtoinen tietojen ylläpito vaativat vielä lisäselvitystä henkilötietojen ylläpidon toimintamallien määrittämiseksi.

Potilaan tietoja voidaan tallentaa mutta ei kuitenkaan luovuttaa terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista ilman virallista suomalaista henkilötunnusta, koska potilasta ei voida silloin yksiselitteisesti tunnistaa. STM:n linjauksen mukaisesti Potilastiedon arkiston tietojen käyttöä tilapäisen yksilöintitunnisteen avulla ei myöskään lähdetä kehittämään tarpeen vähäisen merkityksellisyyden vuoksi.

8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tiedot

HYVÄ TIETÄÄ

Hoidon antajan tunnistetiedot kuvaavat palvelun toteuttajan ja terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön. Palvelun toteuttajan tiedot koostuvat palveluyksikön nimestä ja yksilöintitunnuksesta. Terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön tiedot koostuvat henkilön nimestä ja ammatista. Potilastietojärjestelmä pystyy tavallisesti tuottamaan jokaisen potilasasiakirjan merkinnän tunnistetietoja automaattisesti käyttäjän kirjautumisen perusteella, eikä käyttäjän tarvitse kirjata niitä erikseen. Palvelutapahtuman tiedot koostuvat palvelutapahtuma-asiakirjasta, palvelutapahtuman tunnisteesta ja ajankohdasta, jotka potilastietojärjestelmä tuottaa niin ikään automaattisesti. Käyttäjä saa tunnistetiedot tarvittaessa näkyviin esimerkiksi näyttömuodossa.

Potilasasiakirjat ja niihin sisältyvät merkinnät sisältävät tunnistetietoja (metatietoja), jotka on tarkoitettu esimerkiksi potilastiedon tallentamisen, hakemisen ja käsittelyn mahdollistamiseen. Myös palvelutapahtumalle on omat tunnistetietonsa, joita käytetään valtakunnallisissa sähköisissä palveluissa asiakirjahallinnon apuna. Suuri osa tunnistetiedoista muodostuu automaattisesti, eikä käyttäjän tarvitse tavallisesti kirjata niitä. Tunnistetiedoissa käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Teknisiä luokituksia
Valvira - Koulutusluokitus	eArkisto - Palvelutapahtuman laji
TK - Ammattiluokitus	eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötarkennin (Ammattihenkilön funktio/rooli)

8.1 Merkinnän tekijän ja hoidon antajan tunnistetiedot

Merkintä (STM 2012) on yhden käyttäjän yksittäiselle näkymälle samalla kertaa kirjaamien, samojen metatietojen sitoma kokonaisuus. Se on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö tallentaa potilastietojärjestelmään; tietyssä ajankohtana tallennettu, yhden ammattihenkilön kirjoittama tai mittauslaitteen tuottama tulos tai kuvantamislaitteen tuottama kuva, jonka ammattihenkilö on arvioinut ja tallentanut tietyn potilaan hoitoa koskevaksi dokumentaatioksi.

Merkinnän tekijä on pakollinen tieto, mutta yleensä järjestelmä tuottaa tiedon automaattisesti. Merkinnän tekijä on henkilö, joka vastaa merkinnän tietosisällöstä. Merkinnän kirjaaja voi olla avustava henkilö, konekirjoittaja tai laite. Tällöin myös merkinnän teknisen kirjaajan tiedot tulee ilmetä merkinnästä. (Potilasasiakirja-asetus 298/2009)

Hoidon antajan tunnistetiedot identifioivat palvelun toteuttajan ja terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön. Palvelun toteuttaja voi olla terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammatiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö. Terveydenhuollon toimintayksikön lisäksi identifioidaan palveluyksikkö. Terveydenhuoltoa toteuttava henkilö voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon palvelujen antamiseen osallistuva henkilö, kuten ensihoidossa työskentelevät pelastajat.

Ammattihenkilön rooli tunnistetaan kansallisen Koodistopalvelun mukaisella roolitunnuksella (eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötarkennin). Ammattihenkilö voi myös osallistua useamassa roolissa asiakirjan merkintöihin, ja rakennetta voidaan toistaa niin monesti kuin on tarve, jotta saman ammattihenkilön eri roolit merkinnässä tallentuvat. Merkinnän kirjauksessa ammattihenkilön rooli on pakollinen tieto, jonka järjestelmä yleensä päättelee automaattisesti.

Terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön tiedot kertovat henkilön nimen ja ammatin. *Potilasasiakirja-asetuksessa* (298/2009) mainittu asema tarkoittaa tehtävää, jossa henkilö toimii, kuten lääkäri tai sairaanhoitaja. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön nimen ja muita henkilön perustietoja ammattihenkilön käyttäjä-tunnuksen perusteella. Ammatin kirjaamisessa hyödynnetään luokitusta *Ammattiluokitus*.

Tavallista on, että potilaan hoitoon osallistuu useita terveydenhuoltoa toteuttavia henkilöitä, jolloin tieto siitä, kuka on merkinnän kirjaaja, ilmenee käyttäjähallinnasta. Hoidon antajiksi tulkitaan kaikki terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja kirjaavat potilasasiakirjoihin merkintöjä. Kun käyttäjätiedoista on päätettävissä, kuka on merkinnän tekijä, tieto merkinnän tekijästä, kuten lääkäristä, voidaan muodostaa automaattisesti potilastietojärjestelmässä. Muussa tapauksessa tekijätieto on syötettävä käsin tai se voidaan tuottaa merkinnän hyväksymisen yhteydessä. Jokaiseen potilasasiakirjamerkintään sisältyy merkinnän tekijän, palveluyksikön ja kirjaajan tiedot. Kun merkinnän tekijä on opiskelija, tämän ohjauksesta vastaava henkilö hyväksyy merkinnän.

Merkinnän kirjaamisen päivämäärä sisältyy merkinnän kuvailutietoihin, mutta potilastietojen havaintopäivät kuuluvat merkinnän tietosisältöön ja kirjataan erikseen. Merkinnän kirjaamisaika on prosessin seurannan ja juridiikan kannalta oleellinen tieto. Merkinnän yksilöintitietoihin sisältyy lisäksi merkinnän hyväksymisaika, kun merkintä edellyttää hyväksyntää. Tavallisesti merkinnän kirjausajankohta ja tekijä eivät näy käyttäjälle, mutta ne saadaan tarvittaessa esille. Merkinnän tekijän kuvailutiedot löytyvät tarkemmalla tasolla kuvattuna Potilastietojärjestelmien käyttötapauksista (Kanta - Potilastiedon arkiston määrittelyt 2018) ja Kanta-potilaskertomusarkiston Medical Records -sanomaoppaasta (HL7-määrittelyt 2018).

Palvelun toteuttajan ja palveluja tuottavan palveluyksikön tiedot sisältävät tekstimuotoisen nimen ja OID-tunnuksen. Järjestelmä voi tuottaa potilashallinnon tietojen perusteella tiedon palveluyksiköstä osaston tarkkuudella, kuten esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan vuodeosasto 2, ja lisäksi erikoisalatiedon, kuten esimerkiksi kirurgia tai sisätaudit. Potilastietojärjestelmä generoi ISO-standardin mukaisen OID-tunnisteen, joka ei näy käyttäjälle ja josta käyttäjän ei tarvitse huolehtia.

8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot

Palvelutapahtumalla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista (Asiakastietolaki 159/2007 3 §). Käytännössä palvelutapahtuma on prosessi, vaikka se ajallisesti voikin olla lyhytkestoinen. Palvelutapahtuma käynnistyy jostain herätteestä ja siitä saadaan tuloksia, joka syntyvät palvelutapahtuman aikana tehdyistä toiminnoista.

Palvelutapahtuma-käsitteen avulla kytketään toisiinsa samaan asiayhteyteen (kontekstiin) liittyvät yksittäiset potilastiedot ja niiden merkinnät ja asiakirjat. Näin palvelutapahtuma vastaa asiakirjahallinnon **asian** käsitettä eli palvelutapahtuma on asia, johon kytketään kaikki siihen liittyvät ja hoidon myötä syntyneet asiakirjat. Palvelutapahtumakäsite muodostaa myös kokonaisuuden, jonka avulla hallinnoidaan potilaan tekemiä suostumuksia ja kielloja. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalla on mahdollisuus kieltää tietyn palvelutapahtuman tietojen näkyminen toisessa organisaatiossa.

Palvelutapahtuma kohdistetaan tietojärjestelmissä yksittäiselle potilaalle ja jokainen potilas-asiakirjamerkintä liitetään tiettyyn yksilöityyn palvelutapahtumaan. Potilastietojärjestelmien on kyettävä liittämään samaan palvelutapahtumaan kuuluvat, myös saman palvelujen antajan eri potilastietojärjestelmissä syntyneet, tiedot yhteen palvelutapahtuman tunnuksen avulla, tai jos järjestelmä ei pysty liittämään tietoja toisiinsa, käyttäjän on valittava itse oikea palvelutapahtuma. Kaikki Potilastiedon arkistoon tallennettavat hoitoasiakirjat tulee liittää yksilöityyn palvelutapahtumaan. Palvelutapahtuma on esimerkiksi (1) yksittäinen avohoitokäynti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvine tutkimuksiineen, toimenpiteineen ja yhteydenottoineen, tai (2) laitoshoidonjakso siihen liittyvine toimenpiteineen, tutkimuksineen ja konsultaatioineen, tai (3) määritellystä syystä tapahtuva sarjakäynti.

Vaikka palvelutapahtumat voitaisiin palveluntuottajan näkökulmasta jaotella pienempiin kokonaisuuksiin, ei tällainen jaottelu olisi välttämättä käytännöllinen potilastietoja haettaessa. Sarjakäynti (hoitojen sarja) taas on yksi ja sama suoritettava palvelutapahtuma, jossa eri käynnit liittyvät asiallisesti toisiinsa, mutta käyntien välillä ei tehdä uutta hoidon arviointia. Yksittäinen käynti on tällöin sarjakäynnin yksittäinen suorite, joka eroaa toisista vain päivämäärältään. Myös tällöin kustakin käynnistä voidaan tarvittaessa tehdä omat merkinnät tai asiakirja.

Palvelutapahtuman määrittelyssä on muistettava, että siinä näkökulma hoitoon on potilaan, eikä palvelun tuottajan. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa potilas voi olla hoidossa useallakin osastolla. Vaikka potilaan hoidon koordinaatiovastuu siirtyy tällöin palvelutapahtuman aikana osastolta toiselle, näistä eri osastojen tuottamista prosessitapahtumista muodostetaan yksi palvelutapahtuma, kun hoidon syy ei muutu.

Palvelutapahtuman käsite pohjautuvat lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Palvelutapahtuman tunnistetietoihin kuuluvat palvelutapahtuman tyyppi, yksilöintitunnus ja ajankohta. Palvelutapahtuman tyyppi ilmaistaan luokituksella *Palvelutapahtuman laji*. Palvelutapahtumat yksilöidään OID-tunnuksella ja tapahtuman ajankohta ilmaistaan vähintään päivämäärän tarkkuudella.

9 Tulokset, käyntisyys ja diagnoosit

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaan ilmoittama hoitoon hakeutumisen syy kirjataan Tulokset-otsikon alle vapaamuotoisena tekstinä. Terveystieteiden ammattilaisen arvioima hoitokontaktin syy kirjataan aina rakenteisesti ICD- tai ICPC-luokituksella joko *diagnoosina* (lääkärit, hammaslääkärit) tai *käyntisyynä* (muut terveystieteiden ammattihenkilöt). Käyntisyytä ja diagnooseja voidaan tarvittaessa tarkentaa niiden ensisijaisuutta, pysyvyyttä ja varmuutta kuvaavilla lisämääreillä. Tiedonhallintapalvelu muodostaa potilaan diagnooseista ja käyntisyyistä koosteen, jonka potilastietojärjestelmät näyttävät siten, että pitkäaikaisdiagnoosit näytetään määräaikaista diagnooseista erillään. Yhteenvetolistalla olevia diagnooseja ja käyntisyytä voi käyttää uusien kirjausten pohjana. Tietoja voi myös tarkentaa ja liittää uusia diagnooseja ja käyntisyytä aiempaan hoitoprosessiin.

Potilaan itsensä ilmaisema hoitoon hakeutumisen, yhteydenoton ja asiainnituksen syy (Tulokset) kirjataan vapaamuotoisesti. Ammattilaisen arvioon pohjautuva tieto hoitotapahtuman diagnoosista tai käyntisyydestä kirjataan rakenteisesti käyttäen ICPC- tai ICD- koodistoja. Diagnooseiksi tai käyntisyyiksi merkitään kaikki käynnin tai hoitotapahtuman aikana hoidetut tai muutoin hoitoon olennaisesti vaikuttaneet potilaan diagnoosit ja käyntisyys, riippumatta siitä onko kyseessä esimerkiksi lyhytaikainen vai pitkäaikainen sairaus.

Diagnoosit ja käyntisyys ovat potilaan hoidon kannalta tärkeimpiä rakenteisia tietoja, mutta tietoja käytetään myös laajemmin, esimerkiksi kuvaamaan palvelutuotantoa, laadun ja vaikuttavuuden mittaamisessa tai kustannusten analysoinnissa. Käyntisyyden ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 6.

Potilastietojärjestelmät muodostavat kullekin diagnoosille ja käyntisyyllä *episoditunnuksen*, jonka avulla potilaan samaan sairauteen liittyviä diagnoosi- ja käyntisyystietoja voidaan liittää yhteen hoidolliseksi kokonaisuudeksi, ns. hoitoprosediksi riippumatta siitä, kuka oli palvelun antaja.

Tiedonhallintapalvelu muodostaa rakenteisista diagnoosi- ja käyntisyystiedoista koosteen (DGK), jota kuvataan luvussa 9.6. Diagnoosien ja käyntisyyden rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavan diagnoosikoosteen määrittelyä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Siinä esitetty *THL/ Tietosisältö - Diagnoosit* on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella (sisältää myös käyntisyyt).

Taulukko 6. Käyntisyyden ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
Diagnoosit tai käyntisyyt: THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus
Diagnoosin ulkoinen syy ja tapaturmatyyppi: THL - Tautiluokitus ICD-10
Tilan aiheuttajana oleva lääkeaine: Fimea - ATC luokitus
Haittavaikutuksen aiheuttaja: THL - Toimenpideluokitus tai Fimea - ATC luokitus
Diagnoosin tai käyntisyyden ensisijaisuus: AR/YDIN - Diagnoosin/ toimenpiteen ensisijaisuus (päädiagnoosi/ sivudiagnoosi)
Diagnoosin tai käyntisyyden pysyvyys: AR/YDIN – Pysyvyys (Pysyväisluonteinen/ Määräaikainen)
Diagnoosin tai käyntisyyden varmuusaste: AR/YDIN – Varmuusaste (Epäilty/ Todennäköinen tai varma)
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio/ Muu hoitava organisaatio/ Potilas/ Potilaan äiti/ Potilaan isä/Potilaan edustaja/ Viranomainen/ Muu tiedon lähde)
Diagnoosin päättymisen syy: AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen/ Parantunut/ Tarkentunut/ Muu syy)
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö ¹

9.1 Tulossyy

Tulosyy kuvaa potilaan itsensä ilmoittaman tai ilmaiseman hoitoon hakeutumisen, yhteydenoton ja palveluissa asiointin syyn. Tieto perustuu potilaan omaan ilmoitukseen, kokemukseen, näkemykseen, tulkintaan tai arvioon terveystietopalveluissa asiointin syystä. Tulossyyyn voi joissakin tilanteissa ilmaista potilaan puolesta myös hänen saattajansa. Potilaan henkilökohdalliset palveluissa asiointin syyt voivat liittyä erilaisiin oireisiin, aiemmin diagnosoituihin sairauksiin tai diagnostisiin ja hoidollisiin toimenpiteisiin tai lääkitykseen liittyviin tarpeisiin. Tietoa potilaan hoitoon hakeutumisen tai muista asiointin syistä on yleensä kirjattu vapaamuotoisena tekstinä ajanvarauksen tai ilmoittautumisen yhteydessä, ja tulotilanteessa erityisesti perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Tulossyy-käsitettä suositellaan käytettäväksi vastaavassa merkityksessä myös erikoissairaanhoidossa. (Ks. myös luvut 9.2 Käyntisyy ja 9.3 Diagnoosi)

Tulosyy kirjataan *Tulosyy*-otsikon alle. Tulossyyyn kirjaa (toistaiseksi ja pääsääntöisesti) terveydenhuollon ammattihenkilö tai puhelinneuvonta- tai vastaanottopisteessä toimiva muu vastaava henkilö vapaana tekstinä mahdollisimman autenttisena potilaan (tai hänen edustajansa) ilmoituksen pohjalta. Tulevaisuudessa sähköiset palvelut ja tietojärjestelmät saattavat mahdollistaa myös sen, että potilas voi kirjata tulossyyt itse.

Tulossyytiedon rakenteisen kirjaamisen kehittämistä on pohdittu esimerkiksi ICPC-luokituksen pohjalta muodostettavaa "suosikkilistaa" hyödyntäen. ICPC-luokitusta on käytetty kansainväli-

¹ Liikuntalajinimikkeistö voidaan tarvittaessa liittää Tautiluokitus ICD-10:n koodin Y94.2 Urheilu- tai liikuntatapaturma rinnalle täsmentämään lajia, jossa sairaalahoitoa vaatinut vamma on syntynyt

sesti (Britt ym. 2016; Soler ym. 2012; Bentsen 1986) jo pitkään sekä potilaan oman tulossyn että ammattihenkilön toteaman terveysongelman tai diagnoositiedon kirjaamisessa. Valtakunnallisen määrittelyn tarvetta ja mahdollisuutta tulossyn rakenteiseksi kirjaamiseksi selvitetään jatkokehityksessä.

9.2 Käyntisyys

Käyntisyys-tieto ilmaisee muun kuin lääkärin tai hammaslääkärin näkemyksen vastaanotto-käynnillä tai muun vastaavan kontaktin yhteydessä käsitellystä ja/tai hoidetusta oireesta, vaivasta tai sairaudesta. Lääkärit ja hammaslääkärit eivät kirjaa tietoa käyntisyydestä, vaan ainoastaan diagnoositietoa (ks. tarkemmin luku 9.3 Diagnoosi).

Käyntisyys-tieto pohjautuu aina ammattihenkilön havaintoon ja arvioon ja sen määrittäminen tapahtuu vastaanottotilanteen edetessä ja perusteella. Tulossytiedosta poiketen käyntisyys-tieto edellyttää aina terveydenhuollon ammattihenkilön aktiivista kannanottoa potilaan terveysongelmaan ja tilanteeseen.

Käyntisyy kirjaaminen tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön koulutuksen, ammatillisen osaamisen, tehtävien ja työnkuvan pohjalta. Käyntisyyksi kirjataan ne oireet, vaivat ja sairaudet tai muut vastaavat syyt, jotka ovat hoidon ja toiminnan kohteena tai muutoin käsiteltävänä kyseisellä hetkellä. Potilaalla aiemmin todetut tai diagnosoidut pitkäaikaissairaudet kirjataan käyntisyyksi ainoastaan silloin, kun ne ovat ajankohtaisesti hoidettavina tai vaikuttavat oleellisesti kyseisellä käynnillä käsiteltävään tai hoidettavaan ongelmaan sekä hoidon toteutukseen tai palvelun sisältöön.

Käyntisyys-tieto kirjataan joko ICPC-luokituksella tai vaihtoehtoisesti ICD-luokituksella, jos käyntisyys perustuu lääkärin aiemmin tekemään diagnoosiin. Käyntisyy nimellä tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC -luokitukselta, mutta nimeä voi tarvittaessa muokata luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai käyntisyytä paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Käyntisyytä voi olla yksi tai useampia. Käyntisyys-tietoa voidaan tarkentaa vastaavilla lisämääreillä kuin diagnoositietoa.

Käyntisyys-tieto kirjataan kertomusnäkömään *Hoidon syy* -otsikon alle tai suoraan Diagnoosit ja käyntisyys -tietorakenteen mukaiseen kenttään (Virkkunen ym. 2016). *Hoidon syy* -otsikon alle kirjattua rakenteista käyntisyys-tietoa voi tarvittaessa täydentää vapaalla tekstillä.

9.3 Diagnoosi

Diagnoosi ilmaisee lääketieteellisesti määritetyn taudin. Sillä tarkoitetaan taudin olemassaolon ja laadun määrittävää taudin kuvausta (Komulainen, 2012). Potilasta hoitava lääkäri kirjaa diagnoositiedon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Diagnoositiedon teknisenä kirjaajana voi kuitenkin toimia myös muu kuin lääketieteellisen koulutuksen saanut henkilö (esimerkiksi tekstinkäsittelijä). Merkinnän (asiasisällöllisenä) tekijänä on kuitenkin aina lääkäri.

Lääkärit kirjaavat aina diagnoosin, eivät tietoa käyntisyydestä. Diagnoositieto kirjataan joko *Diagnoosi*-otsikon alle tai suoraan Diagnoosi-tietorakenteen mukaiseen kenttään. Diagnoosit kirjataan erikoissairaanhoidossa ICD-luokituksella ja perusterveydenhuollossa ICD- tai ICPC-luokituksella. Suosituksena perusterveydenhuollossakin on käyttää ICD-luokitusta. Diagnoosin nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokitukselta, mutta diagnoosin tehnyt lääkäri voi myös muokata diagnoosin nimeä luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poik-

keavaksi. Mahdolliset koodinimen täsmennykset, tarkennukset ja lisäykset voidaan kirjata myös diagnoosin nimen perään (esimerkiksi: ICD-10 S92.0 Kantaluun murtuma, *oikean jalan* tai ICPC-2 L76 Murtuma, *muu -> L76 Oikean jalan kantaluun murtuma*).

Käynnin tai hoitojakson (tai vastaavien kontaktien) diagnooseilla viitataan kulloisenkin kontaktin yhteydessä hoidettuihin terveysongelmiin ja (määräaikaisiin tai pysyväisluonteisiin) diagnooseihin. Hoitotapahtuman diagnooseiksi kirjataan vain ne aiemmat diagnoosit, joilla on merkitystä ajankohtaisen terveysongelman tutkimisessa, hoidossa tai ennusteessa tai jotka kulloisellakin hetkellä vaikuttavat potilaan terveydentilaan.

Diagnoosin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapahtuva huolellinen kirjaaminen tukee kliinisen päätöksentuen käytön mahdollisuutta. Diagnoosien kirjaamista on kuvattu tarkemmin Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa (Komulainen, 2012). ICD- ja ICPC-luokituksia esitellään yksityiskohtaisemmin oppaissa Tautiluokitus ICD-10 (2011) ja ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus (Kvist ja Savolainen, 2010).

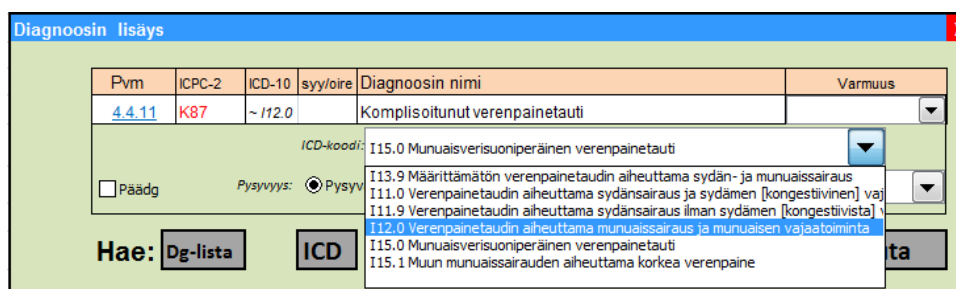
9.4 Diagnoosin ja käyntisyyntietosisällöt

Diagnoosit ja käyntisyyn kirjataan samalla tietorakenteella ja niiden sisällöt on kuvattu samassa tietosisältömäärittelyssä (*THL/Tietosisältö - Diagnoosit*). ICD-10 ja ICPC-2 koodistojen käytössä on kuitenkin pieniä eroja, jotka on keskeisiltä osin huomioitu myös seuraavissa luvuissa.

9.4.1 Diagnoosi- ja käyntisyyntietosisällöt

Diagnoosit ja käyntisyyn kirjataan käyttäen ICD- tai ICPC- luokitusta. Jos diagnoosi kirjataan ICPC-koodilla, on sitä mahdollista – ja suositeltavaa – tarkentaa ICD-koodilla. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa nähtäväksi listan ICPC-koodia vastaavista ICD-koodeista, joista merkinän tekijä valitsee sopivan koodin. Ks. kuvio 8.

Tieto ICD-10 koodia vastaavista ICPC-koodeista on julkaistu osana ICD-10 luokitusta sekä tieto ICPC-koodia vastaavista ICD-koodeista osana ICPC-2-luokitusta. Lisätietona ICD- ja ICPC-koodistoissa on julkaistu myös em. siltausten ensisijaisuus, oletusarvoinen ”paras osuuma”, silloin kun koodistojen keskinäinen suhde on yksi–moneen.



Kuvio 8. Esimerkki, kun käytetään ICPC-koodistoa. Järjestelmä tarjoaa vastaavien ICD-koodien listaa, oletuksena tarjotaan ensisijaiseksi määrittelyä vastaavaa ICD-koodia. (Virkkunen ym. 2016)

Kun diagnoositieto kirjataan ICD-luokituksella, merkinnässä voidaan käyttää joko ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä diagnoosikodeja tai koodipareja, ns. yhdistelmäkoodeja. Merkinnän tekijä voi myös itse muodostaa koodipareja yhdistämällä ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä koodeja, kun ensin valittu koodi päättyy &-, *- tai +-merkkiin. #-merkkiin päättyvään koodiin pitää tarkentimeksi kirjata tilan aiheuttajana olevan lääkeaineen ATC-koodi.

Potilastietojärjestelmissä voi olla mahdollista kirjata yhdistelmädiagnoosit myös (tai yksinomaan) suoraan rakenteisesti siten, että oire-, syy-, endokrinologisen häiriön ja ATC-koodit kirjataan suoraan omiin kenttiinsä eikä muodostamalla diagnoosikoodiparia. Myös koodiparina kirjatut yhdistelmädiagnoosit, potilastietojärjestelmä purkaa erillisiksi rakenteiksi tiedon helpompaa hyödyntämistä varten².

Tietyt ICD-10-luokituksen koodit vaativat lisätietona diagnoosin ulkoisen syyn, tapaturmatyyppin tai liikuntalajin tiedot. Potilastietojärjestelmät tunnistavat diagnoosit, joille lisätiedot tulee kirjata. Merkinnän tekijän on näiden diagnoosien kohdalla täytettävä kyseiset lisätiedot.

9.4.2 Diagnoosin tai käyntisyyntä ensisijaisuus

Päädiagnoosi on potilaan hoidon kannalta kyseisen hoitotilanteen ensisijainen diagnoosi tai käyntisyys. *Sivudiagnoosit* ovat muita potilaan hoidon kannalta toissijaisia diagnooseja tai käyntisyyntä, joilla on kyseisessä hoitotilanteessa vaikutusta potilaan tutkimiseen, hoitoon, ennusteeseen tai hänen välittömään terveydentilaansa. Tieto diagnoosin tai käyntisyyntä ensisijaisuudesta kirjataan *Diagnoosin ensisijaisuus* -luokituksen mukaisesti. Käynnille tai hoitojakson tulee määrittää päädiagnoosi tai pääasiallinen käyntisyys viimeistään hoitojakson tai käynnin tai muun hoitokontaktin päättyessä.

Kutakin käyntiä tai hoitojaksoa kohden voi olla vain yksi päädiagnoosi. Mikäli sitä ei ole määritetty, käynnin kirjauksen tai hoitojakson loppuarvion ensimmäiseksi merkitty diagnoosi tai käyntisyys tulkitaan päädiagnoosiksi ja muut diagnoosit sivudiagnooseiksi. Jos hoitotapahtumassa on useita, hoidon kannalta yhtä tärkeäksi katsottuja käyntisyyntä tai diagnooseja, järjestystä voi olla vaikea määrittää. Toistaiseksi tällaisiin tilanteisiin ei ole olemassa tarkempia kansallisia ohjeita. Ensisijaisuuden kriteerinä on voitu käyttää esimerkiksi hoidon vaativuutta eli eniten resurssia hoitotapahtumassa vaatinut diagnoosi on merkitty päädiagnoosiksi.

Lääkärin asettama diagnoosi tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön toteama käyntisyys voivat muuttua ja tarkentua palvelutapahtuman edetessä. Lisäksi potilaalla voi olla hoidettavana useita samanaikaisia sairauksia tai liitännäissairauksia, joita voidaan hoitaa samanaikaisesti, myös eri yksiköissä. Tällöin muodostuu useampia palvelutapahtumia ja hoitokoodeja, joissa päädiagnoosit ja hoitokoodeit voivat perustellusti poiketa toisistaan.

9.4.3 Diagnoosin tai käyntisyyntä pysyvyys

Diagnoosin pysyvyyttä kuvataan tarvittaessa *Pysyvyys*-luokituksen avulla. Diagnoosi voi olla määräaikainen tai pysyväisluonteinen:

- *Määräaikainen diagnoosi* tarkoittaa sellaista ohimenevää sairauden, vamman tai muun terveysongelman diagnoosia, jolla ei ole pitkäaikaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien kannalta.

² 2015 määritellystä sisällöstä alkaen

- Määräaikaiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun kokoamalla diagnoosien ja käyntisyyden yhteenvedolla.
- *Pysyväisluonteinen diagnoosi* on pitkäaikainen tai pysyväisluonteinen aiheuttaen pitkäaikaista hoidon tarvetta tai vaikuttaen potilaan terveyteen, hyvinvointiin ja hoitoon sairauden tai muun terveysongelman väistyttyäkin
 - Pysyväisluonteisilla diagnooseilla on merkitystä useimpien potilaskontaktien yhteydessä, vaikka ne eivät olisikaan varsinaisen hoitoon hakeutumisen syy ja siksi ne usein kirjataan käyntien ja hoitojaksojen sivudiagnooseiksi.
 - Pysyväisluonteiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun kokoamalla yhteenvedolla omalla pitkäaikaisdiagnoosilistalla ja ne säilyvät listalla niin kauan kunnes joku kirjaa ne päättyneiksi.

Diagnoosin pysyvyyden määrittäminen on pakollista. Potilastietojärjestelmät tuottavat oletusarvot Pysyvyys-tiedolle, mutta merkinnän tekijä voi tarvittaessa muuttaa oletusarvon muusta tiedosta. Kun oletusarvoisesti pysyväisluonteinen diagnoosi kirjataan potilaalle ensimmäistä kertaa (ts. diagnoosi ei ole vielä potilaan pitkäaikaisten diagnoosien listalla), järjestelmä kysyy merkinnän tekijältä vahvistusta, kirjataanko diagnoosi pysyväisluonteiseksi. Jos diagnoosi on jo pitkäaikaisten diagnoosien listalla, se kirjautuu (määräytyy/määrittyy) automaattisesti pysyväisluonteiseksi. Oletusarvoisesti määräaikaiset diagnoosit tallentuvat automaattisesti määräaikaisiksi, ellei niitä ole kirjattu aiemmin potilaan pitkäaikaisdiagnooseihin.

Käyntisyyt ovat käsitteellisesti vain kyseisen käynnin (kontaktin) syitä, eivätkä siis kannanottoja tilan pysyvyyteen. Siksi käynnin syytä kirjattaessa niiden pysyvyyteen ei tarvitse ottaa kantaa. Jos kirjattava käyntisyyt perustuu olemassa olevaan pitkäaikaisdiagnoosiin, sillä on automaattisesti pysyvyydestä *Pysyväisluonteinen*. Muut käyntisyyt (kuin pitkäaikaisdiagnoosiin perustuvat) järjestelmä tallentaa automaattisesti määräaikaisina.

9.4.4 Diagnoosin tai käyntisyyden varmuusaste

Diagnostikalle on ominaista sen epävarmuus. Diagnoosin tai käyntisyyden varmuusaste kirjataan *Varmuusaste*-luokituksella. Diagnoosi tai käyntisyyt voi tällöin olla *Epäilty* tai vaihtoehtoisesti *Todennäköinen tai varma*.

Epäilty varmuusasteena viittaa käytettävissä olevien tietojen perusteella oletettuun diagnoosiin, riskiin tai hoidon tarpeeseen, jonka todentamiseksi tarvitaan lisätietoja tai muiden mahdollisten diagnoosien poissulkemista. *Epäilty* - luokkaa käytetään pääsääntöisesti tulotilanteessa kirjattaessa ”työdiagnoosi” kertomustekstiin *Hoidon syy tai Diagnoosi*-otsikon alle. Luokkaa *Epäilty* voi kuitenkin käyttää myös palvelutapahtuman päätteeksi kirjattavan diagnoosin (tai käyntisyyden) lisätietona, jollei diagnoosia (tai käyntisyyttä) esimerkiksi tehtyjen tutkimusten ja arvion perusteella pysty arvioimaan riittävän *Todennäköiseksi tai varmaksi*.

Mikäli esimerkiksi palvelutapahtuma erikoissairaanhoidossa käynnistyy tai on käynnistynyt perusterveydenhuollossa asetetun (myös mahdollisen työdiagnoosin tai alustavan) diagnoosin pohjalta, kyseessä on diagnoositieto, joka kirjataan kertomustekstiin joko *Diagnoosi*-otsikkoa hyödyntäen tai suoraan diagnoositiedon tietorakenteeseen. Tiedon lisämääreenä voidaan tällöin käyttää diagnoosin pääasiallisuutta, pysyvyyttä ja varmuutta kuvaavia lisämääreitä, alla esimerkkinä päivystyskäynti:

- Päänäkymä: PAIV (lisänäkymä SIS)
- Hoidon vaihe: Tulotilanne
- Diagnoosi: J11.1 Influenssa ja keuhkokuume, virusta ei ole osoitettu (*päädiagnoosi, määräaikainen, epäilty*)

Varmuusaste *Todennäköinen tai varma* ei edellytä patologista näyttöä, vaan se voi perustua pelkästään kliiniseen arvioon. Riittää, että diagnoosi, riski tai hoidon tarve on käytettävissä olevien tietojen perusteella olla niin todennäköinen, että suunniteltu hoito voidaan perustellusti toteuttaa ilman lisätutkimuksia.

Diagnoosien ja käyntisyyden varmuusastetta ilmoittavien määreiden käyttö ei ole pakollista, mutta niitä suositellaan käytettäväksi silloin, kun se potilaan sen hetkisen, tai tulevan hoidon tai tutkimusten kannalta on perusteltua. Tällainen tilanne saattaa olla esimerkiksi epäiltäessä pitkäaikaista tai vakavaa sairautta siinä vaiheessa, kun diagnoosin varmistavat (tai poissulkevat) tutkimukset ovat vielä suunnitteluvaiheessa tai kesken. Tietoa epäilyksi kirjatusta diagnoosista voidaan tällöin käyttää kliinisen päätöksenteon tuessa. Kliinisesti merkityksellisempää onkin kirjata varmuusaste *Epäilty* kuin *Todennäköinen tai varma*, sillä käytännössä tyhjä arvo yleensä tulkitaan tarkoittavan todennäköistä tai varmaa.

9.4.5 Tiedon lähde

Diagnoosin ja käyntisyyden kirjaamisessa voidaan tarvittaessa ilmaista keneltä diagnoosia tai käyntisyyttä koskeva tieto on peräisin *THL - Tiedon lähde* -koodiston avulla. Tiedon lähteenä voi olla esimerkiksi toinen hoitava organisaatio tai potilas tai hänen edustajansa. Esimerkiksi päivystyksessä diagnoositiedon lähteenä voi tulotilanteessa olla lähettävä organisaatio. Usein oman organisaation järjestelmän tietoihin ei tiedon lähdeä kirjata, vaan tyhjä tulkitaan *Hoitavan organisaation* tuottamaksi tiedoksi. Potilastiedon arkistotiedon tietoa hyödynnetään kuitenkin laajemmin kuin vain omassa organisaatiossa, joten tulkintaa ei tarvita, mikäli tiedon lähde on merkitty.

9.4.6 Diagnoosin tai käyntisyyden toteamishetken tiedot

Diagnoositiedon toteamispäivä tarkoittaa päivää, jolloin kyseinen diagnoosi on asetettu ensimmäisen kerran. Määräaikaisina käsitellyillä diagnooseilla (esimerkiksi korvatulehdus) on oma *toteamispäivänsä ja toteajansa* jokaisella sairausjaksolla. Pitkäaikaisdiagnooseilla (dg pysyvyys = pysyväisluonteinen) *toteamispäivällä* tarkoitetaan päivää, jolloin diagnoosi on alun perin (ensimmäisen kerran) todettu. Diagnoosin toteaja on vastaavasti diagnoosin alkuperäinen toteaja³.

Uutta diagnoosia tai käyntisyyttä kirjattaessa toteamispäiväksi kirjataan oletusarvona kuluva päivä ja toteajaksi merkinnän tekijä. Jos diagnoosi tai käyntisyys kopioidaan potilaan pitkäaikaisdiagnooseista, alkuperäisen toteamispäivän ja toteajan tiedot kopioidaan aiemmasta merkinnästä. Jos kopioitua tietoa muutetaan, toteamispäiväksi kirjataan oletuksena kuluva päivä

³ Kullakin käynnillä lääkäri, joka kirjaa pitkäaikaisdiagnoosin kyseisen käynnin diagnoosiksi, tallennetaan merkinnän tekijäksi, vaikka pitkäaikaisdiagnoosin toteajaksi kirjataan diagnoosin alkuperäinen toteaja. Samoin merkinnäntekopäivä on aina kyseinen päivä, jolloin merkintä tehdään, vaikka pitkäaikaisdiagnoosin toteamispäivä olisikin menneisyydessä.

ja toteajaksi merkinnän tekijä, kuten uutta diagnoosia kirjattaessa. Diagnoositiedon muutoksen voi kuitenkin tehdä vain lääkäri.

Mikäli potilaalla on aiemmin muualla todettu pysyväisluonteinen diagnoosi, mutta sitä ei ole tallennettu Potilastiedon arkistoon ja kyseinen diagnoosi halutaan kirjata potilaan pitkäaikaisdiagnoosiksi, voidaan diagnoosin alkuperäinen toteaja ja toteamispäivä kirjata menneisyyteen esimerkiksi vuoden tarkkuudella tai jättää kirjaamatta.

9.4.7 Diagnoosin päättymisen tiedot

Potilaan **pitkäaikaisdiagnoosilistalla** oleva diagnoosi voidaan merkitä tarvittaessa *päättyneeksi*, esimerkiksi jos potilas parantuu tai diagnoosi tarkentuu tai korvautuu tarkentuessaan toisella. Tämä tapahtuu tekemällä diagnoosista uusi merkintä ja antamalla sille päättymistiedot. **Määräaikaisille** diagnooseille päättymistietoa ei tarvitse kirjata. Käyntisyöt ovat lähtökohdaisesti määräaikaisia, joten tietoa käyntisyyntä päättymisestä ei niille tarvitse erikseen kirjata. Päättymistiedon näkymänä käytetään kirjaajan erikoisanalan mukaista näkymää, jos näkymää ei ole muilla perusteilla valittu.

Kun diagnoosi merkitään päättyneeksi, merkinnän pohjana käytetään (tulee käyttää) alkuperäistä diagnoosikirjausta. Päättäväksi merkittävän diagnoosin tietojen tulee toisin sanoen olla alkuperäisessä muodossaan päättymismerkintöjä lukuun ottamatta. Diagnoosin *päättymispäivä* on päivämäärä, jolloin diagnoosin mukainen sairaus on todettu päättyneeksi. Diagnoosin päättymispäivän oletuksena on merkinnän kirjaamispäivä ja päättymisen *toteajana* merkinnän tekijä. Tietoja voi tarvittaessa muuttaa. Päättävälle diagnoosille tulee kirjata myös päättymisen syy *Terveystiedon päättymisen syy* -luokituksen mukaisesti. Päättymisen syitä voivat olla *Parantunut*, *Tarkentunut* ja *Muu syy*.

Luokituksista on poistettu päättymisen syy *Kirjausvirhe*, koska sitä on käytetty virheiden korjaamisen sijasta silloinkin, kun virhe on ollut omissa asiakirjoissa ja se olisi voitu korjata. Jos diagnoosi on kirjattu epähuomiossa virheellisesti, eikä alkuperäistä virheellistä kirjausta pystytä korjaamaan, esimerkiksi kun virhe on toisen organisaation tekemässä asiakirjassa, käytetään päättymisen syynä *Muu syy* - luokkaa. Lisätietona tarkennetaan, että kyse on virheellisen kirjauksen korjaamisesta. Silloinkin virheen kirjannutta organisaatiota tulee informoida virheestä, että he tekevät korjauksen alkuperäiseen asiakirjaan. Jos päättävä diagnoosi on kirjattu taudin epäilyn vuoksi, joka myöhemmin todetaan aiheettomaksi, käytetään päättymisen syynä luokkaa *Tarkentunut*.

9.4.8 Hoitoepisodi ja diagnoosin tai käyntisyyntä episoditunnus

Hoitoepisodilla (episode of care) viitataan potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvään, ajallisesti etenevään hoidon ja palvelun kokonaisuuteen, johon voi sisältyä useita hoitotapahtumia. Hoitoepisodi alkaa, kun potilas esittää ensimmäistä kertaa terveysongelman terveydenhuollon ammattilaiselle ja lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö on kirjannut käyntisyyntä tai diagnoositiedon. Hoitoepisodi päättyy, kun ongelmaa käsitellään viimeisen kerran. Pitkäaikaisairaudet, esimerkiksi verenpainetauti, muodostavat pääsääntöisesti yhden hoitoepisodin. Sen sijaan lyhytkestoisissa sairauksissa, kuten korvatulehdus, kukin kontakti käsitellään tässä yhteydessä omana episodinaan.⁴

⁴ Muissa, ns. toisiokäytön tarpeissa, esimerkiksi asiakasryhmittelyissä (DRG, casemix) episodeille voidaan määritellä tässä esitetystä poikkeavia käsittelysääntöjä (katkaisusääntöjä). Esimerkiksi tietyn ajan kuluessa toteutuvat, toistuvat kontaktit voidaan lyhytkestoisissakin sairauksissa määritellä tällöin samaan episodiin kuuluvaksi

Potilastietojärjestelmät tuottavat kullekin diagnoosille ja käyntisyyllä *episoditunnuksen*, jonka avulla diagnoosi tai käyntisyys voidaan liittää potilaan kyseiseen hoitoepisodiin. Episoditunnuksen avulla yksittäisen potilaan samaan sairauteen liittyviä tapahtumia voidaan liittää yhteen palvelujen antajasta riippumatta.

Episoditunnusta ei näytetä kirjaajalle, sen sijaan hoitoepisodille voidaan antaa nimi, joka näkyy myös kirjaajalle ja tiedon käyttäjälle. Uuden episodin nimeksi asetetaan oletuksena diagnoosin tai käyntisyyyn nimi. Kopioitaessa esimerkiksi aiempi diagnoosi, episodin nimeksi tulee oletuksena siihen liittyvän aiemman episoditunnuksen mukainen nimi. Molemmista tapauksissa (uusi episodi tai kopioitu episodi) kirjaaja voi muuttaa episodin nimeä tarvittaessa. Episodin nimi voi siis muuttua kuluvan episodin aikana ja episodin nimenä käytetään aina uusimman kirjauksen mukaista episodin nimeä.

Terveystietojärjestelmän ammattihenkilön kirjatessa uutta diagnoosia tai käyntisyytä, järjestelmä liittää kyseisen tiedon automaattisesti aiempaan vastaavaan diagnoosiin tai käyntisyyhyyn, ja antaa merkinnälle saman episoditunnuksen, mikäli sama diagnoosikoodi esiintyy potilaan pitkäaikaisdiagnoosien listalla tai tieto on alle kolme kuukautta aiemmissa diagnoosi- tai käyntisytytiedoissa.⁵

Mikäli kirjaaja merkitsee diagnoosin, joka on yli kolme kuukautta sitten tallennetuissa diagnoosi- ja käyntisytytiedoissa, järjestelmä varmistaa kirjaajalta kysymällä, liittyykö diagnoosi aiempaan diagnoosiin tai käyntisyyhyyn (ja aiempaan episodiin), vai onko kyseessä uusi sairausjakso eli uusi hoitoepisodi. Jos kirjaajan mielestä diagnoosi ei liity aikaisempaan episodiin, ja vastaa kieltävästi, muodostaa järjestelmä uuden episoditunnuksen. Jos potilaalle ei ole aiemmin kirjattu kyseistä diagnoosia, muodostetaan aina uusi episoditunnus.

Jos samassa hoitotapahtumassa kirjataan useampi diagnoosi tai käyntisyys, joita potilailla ei ole pitkäaikaisdiagnoosilistalla tai alle kolme kuukautta aiemmissa diagnoosi- ja käyntisytytiedoissa, saa kukin diagnoosi tai käyntisyys oman episoditunnuksen. Episodit eivät siten ole suorassa yhteydessä käynteihin tai hoitojaksoihin, vaan sama käynti tai hoitojakso voi liittyä useaan eri hoitoepisodiin.

9.5 Aiempien diagnoosi- ja käyntisyymerkintöjen hyödyntäminen

9.5.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen

Aiemmin kirjattuja diagnooseja ja käyntisyytä voi poimia diagnoosilistalta kertomukseen kirjattavaksi uudeksi diagnoosiksi tai käyntisyyksi, ja helpottaa näin niiden kirjaamista. Kun potilaan aiempia diagnoosi- ja käyntisytytietoja hyödynnetään uuden merkinnän pohjana, uuteen merkintään tulevat oletuksena aiemman merkinnän tiedot. Määräaikaisissa diagnooseissa ja käyntisyissä on kuitenkin *diagnoosin toteajana ja toteamispäivämääränä* oletusarvoisesti uuden merkinnän tekijä ja kirjausten päivämäärä. Uudella merkinnällä kirjaaja voi vapaasti muuttaa kaikkia tietoja.

⁵ Tämä tulkinta voi yhdistää esimerkiksi kaksi korvatulehdusdiagnoosia, joiden merkinnät ajoittuvat alle kolmen kuukauden ajanjaksolle, periaatteessa virheellisesti samaan episodiin, mutta sääntö on katsottu "riittävän tarkaksi", jotta päättelysäännöt pystytään toteuttamaan pääsääntöisesti ilman tiedon kysymistä kirjaajalta.

Aiempien diagnoosien ja käyntisyyden poimiminen on suositeltavaa tehdä ensisijaisesti pitkäaikaisdiagnoosien listalta, koska tällöin myös diagnoosin pysyvyys ja diagnoosin toteajan tiedot kopioituvat mukana. Aina aiempaa diagnoosia ei pidä kopioida uuden diagnoosin pohjaksi siksi, että myös episoditunnus kopioituu. Esimerkiksi toisen lonkan murtuessa ei voida kopioida aikaisempaa lonkkamurtumadiagnoosia, koska silloin uusi murtuma liittyisi aiemman murtuman episodiin, vaikka todellisuudessa kyseessä on eri episodi.

Kun aiempia diagnoosi- ja käyntisyytietoja hyödynnetään uuden kirjauksen pohjana, kirjaajan on aina varmistettava, että aiemman merkinnän tieto vastaa sisällöllisesti ja on paikkansa pitävä myös kyseisessä uudessa tilanteessa.

9.5.2 Diagnoosin tai käyntisyyden tarkentaminen

Aiemmin kirjatun diagnoosin tai käyntisyyden tietoja voi tarvittaessa tarkentaa jälkeensä teke-
mällä uuden tarkentavan merkinnän. Yksinkertaisinta tarkentaminen on tehdä poimimalla
kyseinen aiempi diagnoosi tai käyntisyys uuden merkinnän pohjaksi ja tekemällä siihen tarvit-
tavat muutokset. Näin kirjaajan tekemä tarkennus ei muuta alkuperäistä diagnoosille tai käyn-
tisyylle muodostettua episoditietoa, vaan se pysyy samana.

Myös diagnoosin tai käyntisyyden muuttaminen toiseksi voidaan tehdä tällä tavalla. Tällöin mo-
lemmat (aiempi ja tarkennettu) diagnoosit tai käyntisyys kuuluvat edelleen samaan episodiin,
mikäli se on tarkoituksenmukaista. Vastaavasti, jos aiempi diagnoosi halutaan liittää toiseen
diagnoosikoodiin, tehdään se tarkentamalla diagnoosia tai käyntisyyttä tässä luvussa kuvatulla
tavalla. Jos diagnoosi tai käyntisyys on potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa tai alle kolme kuu-
kautta aiemmissa käyntien diagnooseissa tai käyntisyydessä, liittäminen tehdään järjestelmässä
automaattisesti. Muissa tapauksissa kirjaajan tulee ottaa kantaa, haluaako hän liittää uuden
tiedon aiempaan episodiin vai kuuluuko se kokonaan uuteen episodiin (ks. myös luku 9.4.8).

Jos diagnoosia tarkennetaan, tulisi aiempi pitkäaikaisdiagnoosi merkitä päättyneeksi, ellei sillä
ole enää merkitystä. Tämä poistaa moninkertaiset saman sairauden diagnoosit pitkäaikais-
diagnoosilistalta. Se myös helpottaa koko episodin merkitsemistä päättyneeksi. Koko episodi
tulkitaan päättyneeksi vasta, kun kaikki siihen liittyneet diagnoosit ja käyntisyys ovat päätty-
neet. Esimerkiksi, kun päänsärky (R51.80) tarkentuu tutkimusten edetessä aivokasvaimeksi
(D43.2) ja edelleen täsmentyy meningeomaksi (D32.03), voidaan kaikki saman sairauden
aikana tarkentuneet diagnoosit liittää samaan episodiin kopioimalla aiempi diagnoosi uuden
diagnoosin pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Lisäksi, kun aiempaa diag-
noosia tarkennetaan, esimerkiksi aivokasvaimesta (D43.2) meningeomaksi (D32.03), tulisi
aiempi pitkäaikaisdiagnoosi (D43.2) merkitä päättyneeksi ellei sillä ole enää merkitystä. Diag-
noosin päättymisen syyksi kirjataan silloin *Tarkentunut*. Tässä esimerkissä koko episodi päät-
tyy vasta kun kaikki kyseiset diagnoosit ovat päättyneet (määräaikaiset) tai merkitty päätty-
neeksi (pitkäaikaisdiagnoosit).

9.6 Diagnoosien ja käyntisyiden koostetiedot

Koska diagnooseja ja käyntisyitä käytetään kahdessa, hieman toisistaan poikkeavassa merkityksessä, Tiedonhallintapalvelu muodostaa rakenteisista diagnoosi- ja käyntisyitiedoista koosteen (DGK), jossa kyseisiä tietoja tarkastellaan seuraavasti:

1. potilaan terveysongelmat, joita hoidetaan kulloisenkin kontaktin yhteydessä (käyntien ja hoitojaksojen diagnoosit ja käyntisyit)
2. potilaan terveysongelmat, jotka voidaan ymmärtää potilaan, pitkäkestoiseksi tai pysyväisluonteisiksi terveysominaisuuksiksi ja joilla on väistyttyäänkin laaja-alaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta (pitkäaikaisdiagnoosit)

Tiedonhallintapalvelu kokoaa käyntien ja hoitojaksojen tai niitä vastaavien kontaktien yhteydessä tiedot rakenteisesti kirjatusta diagnooseista ja käyntisyistä, riippumatta esimerkiksi siitä, minkä otsikon alla niitä on kertomuksessa käytetty. Diagnoosit ja käyntisyit näytetään samalla yhteenvedon listalla, jota voi tarvittaessa suodattaa niin, että käyttäjälle näytetään vain diagnoosit tai vain käyntisyit.

Hoitoon liittyessään myös pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan käynnin tai hoitojakson diagnooseiksi tai käyntisyiksi. Koosteella pitkäaikaisdiagnooseista näytetään vain diagnoosit, joiden pysyvyydestä on merkitty *Pysyväisluonteinen*.

Diagnoosiyhteenvedo				Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014				
Pitkäaikaisdiagnoosit			<input checked="" type="checkbox"/> Näytä diagnoosilista	<input checked="" type="checkbox"/> Näytä päättäneet dg:t	Yhdistä	Episodilla ▼		
+	Aikajakso	Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi					▲
...	9.9.09 - 15.8.12	E11.9	Aikuistyyppiin diabetes					
...	22.1.07 - 15.8.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko					
...	9.9.09 - 15.8.10	I20.1	Angina pectoris					
...	22.1.07 - 4.4.08	M16.9	Arthrosis Coxae					
...								▼
Diagnoosit ja käyntisyit			<input checked="" type="checkbox"/> Diagnoosit	<input checked="" type="checkbox"/> Käyntisyit	Suodata toistuvat dg:t Ei suodatusta ▼			
+	Aikajakso ▼	Dg-koodi	Diagnoosin nimi					▲
...	15.8.12	J01.0	Poskiontelotulehdus					
...	15.8.12	E11.9	Aikuistyyppiin diabetes					
...	15.8.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko					
...	1.6.12	E11.9	Aikuistyyppiin diabetes					
...	13.3.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko					▼
Päättäneet pitkäaikaisdiagnoosit			Suodata toistuvat dg:t				3 merkillä ▼	
+	Ajankohta	Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi				Päätynyt ▲	
	5.8.03 - 15.10.04	E05.0	Hypertyreoosi				15.10.04	
	4.4.11	H06.1*B67.9	Silmän ekinokokkoosi				4.4.11 ▼	

Kuvio 9. Esimerkki yhteenvetokoosteella näytettävistä diagnoosi- ja käyntisyitiedoista ja niiden suodatusmalleista. (Virkkunen ym. 2016)

10 Riskitiedot

HYVÄ TIETÄÄ

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa erityisen riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Kriittiset riskitiedot käsittävät allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat henkeä uhkaavat reaktiot ja muut riskit, jotka aiheuttavat potilaalle hengenvaaran. Riskitiedot kirjataan käyttäen riskitiedon tyyppi-, aste- ja pysyvyyskoodistoja, sekä tarvittaessa ICD-diagnoosikoodia tai THL-Toimenpidelookoodistoa. Lääkeaineiden ATC-koodia käytetään, kun riski liittyy lääkeaineeseen, esim. lääkeallergiaan. Riskitieto voidaan kirjata myös silloin, kun väkivaltainen potilas aiheuttaa vaaraa henkilökunnalle, eikä ole vaaraksi pelkästään itselleen.

Riskitiedot koostuvat kriittisistä ja potilaan hoidossa tai henkilökunnan turvallisuudessa huomioitavista riskitiedoista. Riskien kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 7.

Taulukko 7. Potilaan riskitietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi
AR/YDIN - Riskitiedon aste (Kriittinen/ Hoidossa huomioitava)
AR/YDIN - Varmuusaste (Epäilty/ Todennäköinen tai varma)
AR/YDIN - Pysyvyys (Pysyväisluonteinen/ Määräaikainen)
Riskin koodiarvo ⁶ : THL - Tautiluokitus IDC-10 tai THL - Toimenpideluokitus tai AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste
Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus
Fimea - ATC-luokitus
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio/ Muu hoitava organisaatio/ Potilas/Potilaan äiti/ Potilaan isä/ Potilaan edustaja/ Viranomainen/ Muu tiedon lähde)
AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen/ Parantunut/ Tarkentunut/ Muu syy)

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Tietoja käytetään potilastietojärjestelmissä huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti suunnitella tai toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Riskitietojen tarkoitus on tulla huomioduksi kaikissa tilanteissa. Jaottelu kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin riskitietoihin helpottaa tärkeimpien riskien huomaamista.

⁶ Huom. 02_2016 THL - ICD-10 Tautiluokitus on sillattu Riskiluokituksiin (Riskin tyyppi, aste ja pysyvyys) ja Diagnoosi pysyvyys - luokitukseen, ja 06_2016 THL-Toimenpideluokitus on sillattu Riskiluokituksiin (Riskin tyyppi, aste ja pysyvyys) ja Toimenpiteen tyyppi -luokitukseen

Riskitietojen kirjaamiseen tulee suhtautua kriittisesti. Niitä arvioidaan aina potilaskohtaisesti ja kirjaamiskäytännöt sovitaan organisaatiokohtaisesti. Omakanta-palvelussa kansalaiselle näytetään Potilastiedon arkistoon tallennetut kriittiset riskitiedot, ei hoidossa huomioitavia riskejä.

Tiedonhallintapalvelu poimii riskitietojen koosteelle (KRIS) potilaalle merkityt riskitiedot sekä tiedon hoitotahdosta, jos se on tallennettu Tiedonhallintapalveluun. Ks. luku 10.3. Riskitietojen rakenteinen tietosisältö ja niistä muodostettavan koosteen määrittelyjä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Siinä esitetty *THL/ Tietosisältö - Riskitiedot* on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

10.1 Riskitietojen tietosisältö

Terveystieteiden ammattilaiset, jotka osallistuvat potilaan hoidon suunnitteluun ja hoitoon, tarvitsevat tietoa potilaan mahdollisista riskeistä. Riskitiedot kirjataan rakenteisesti riskitietonäkymälle (RIS), jossa potilastietojärjestelmä tuottaa rakenteeseen tarvittavan otsikon automaattisesti. Kertomusnäkyvällä kirjaaja voi tarvittaessa lisätä *Riskitiedot*-otsikon alle riskiin liittyvää vapaamuotoista tekstiä. Ensisijaisesti riskitieto tulee kuitenkin tallentaa rakenteisesti RIS-näkymälle.

Riskitiedoista tulee aina kirjata *Riskin nimi*, *Riskin tyyppi*, ja *Riskin aste*. Sen lisäksi tietoa voi tarkentaa muun muassa *Riskin liittyvällä lisätiedolla*, *Selitteellä*, *riskin huomiointi potilaan hoidossa* sekä *Riskin varmuusasteella*, *Riskin pysyvyydellä* ja *Tiedon lähteellä*. Riskitietoihin sisältyy lisäksi *päivämäärä*, jolloin riskitieto on todettu tai poistettu, sekä riskitiedon *toteajan* ja riskitiedon *päättymisen toteajan* tiedot.

10.1.1 Riskitiedon tyyppi ja riskin koodi

Riskitiedon tyyppi -koodistolla ilmaistaan millaisesta riskitiedosta on kyse. Taulukossa 8 on kuvattu riskien pääluokat. Kukin pääluokka jakaantuu 2-8 tarkempaan riskiluokkaan. Luokitus on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Riskin tyyppi tulee kirjata jokaiselle riskitiedolle.

Riskitieto voidaan kirjata rakenteisesti kahdella tavalla:

- valitsemalla *Riskin tyyppi*-luokituksesta asianmukaisen koodin ja kirjaamalla muut tarvittavat tiedot vapaamuotoisesti itse tai
- kirjaamalla riskitieto esimerkiksi *diagnoosi- tai toimenpideluokituksella* koodattuna. Tällöin tietyn diagnoosin tai toimenpiteen kirjaus "laukaisee" riskitiedon kirjauksen, jolloin potilastietojärjestelmä ehdottaa kirjaajalle automaattisesti riskitiedon kirjausta.

Vaikka esimerkiksi jotkut diagnoosit aiheuttavat potilaalle erityisiä riskejä, ei riskitietokoostetta ole tarkoitettu diagnosikoosteen kanssa päällekkäiseksi. Pitkäaikaisia sairauksia, kuten esimerkiksi syöpää, ei ole tarkoitus kirjata riskeiksi, vaikka ne tuleekin huomioida potilaan hoidossa. Ne näkyvät potilaan diagnosilistalla. Riskitiedoiksi kirjataan vain ne diagnoosit, jotka aiheuttavat erityistä riskiä potilaalle, kuten hemofiilioiden aiheuttama lisääntynyt vuotoriski.

Taulukko 8. Riskitiedon tyyppien pääluokat.

Koodi	Riskitiedon tyyppi
L	Lääkereaktiot ja -allergiat
A	Muut allergiat
S	Riskitaudit ja -hoidot
V	Verituotteiden annossa huomioitavat asiat
H	Erityishuomiointia vaativat hoidot
I	Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit
E	Mikrobit ja erityistarve
R	Hoidon rajaukset
K	Käyttämiseen liittyvät riskit
M	Muut riskit

10.1.2 Riskitiedon nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet

Riskitiedon nimi

Riskitiedon nimenä käytetään oletusarvoisesti riskin tyypin nimeä – tai jos riskitieto pohjautuu diagnoosiin, käytetään diagnoosin nimeä. Kirjaaja voi halutessaan tarkentaa oletusarvoista nimeä tai kirjata omavalintaisen nimen, joka kuvaa riskiä paremmin.

Riskiin liittyvä lisätieto

Riskiä voi tarkentaa siihen liittyvällä lisätiedolla, esimerkiksi riskiä aiheuttavan tekijän tiedolla. Lisätieto voidaan antaa vapaamuotoisena tekstinä tai se voidaan antaa koodattuna, esimerkiksi allergian aiheuttanut lääkeaine merkitään ATC-koodilla. Tekstimuotoinen tieto tulee silloin lisätietona käytetyn koodin perusteella mukaan, mutta kirjaaja voi tarvittaessa muokata oletustekstiä asiaa paremmin kuvaavaksi.

Selite, riskin huomiointi potilaan hoidossa

Riskin tyyppi ja siihen liittyvä lisätieto ei välttämättä selkeästi kuvaa riskin vaikutuksia potilaan hoitoon. Sen vuoksi riskitiedoissa on mahdollisuus kuvata erilliselle selitteelle sitä, miten riski tulee huomioida potilaan hoidossa. Selitteeseen voi vapaamuotoisesti kirjata, miten riski vaikuttaa hoitotoimenpiteisiin. Esimerkiksi poikkeavan anatomian (lisätieto *ahdas virtsaputki*) selitteenä voi olla *"katetrointi ei onnistu, tehtävä aina rakkopunktio katetroinnin sijaan"*.

10.1.3 Riskitiedon aste

Riskitiedot jaetaan kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin tietoihin ja niiden ilmaisemisessa hyödynnetään *Riskitiedon aste* -koodistoa. Riskitiedon asteen oletusarvo tulee valitun Riskitiedon tyyppin mukaan, tai esimerkiksi diagnoosi- tai toimenpidekoodin mukaan, jos riskitieto tuotetaan siihen perustuen. Käyttäjä voi tarvittaessa muuttaa oletusarvon mukaista Riskitiedon astetta.

Kriittiset riskitiedot

Kriittiset riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa hengenvaaran tai muun huomattavan riskin potilaalle, henkilökunnalle tai ympäristölle, ja joiden huomioiminen aiheuttaa tarpeen hoidon järjestämiseen tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Tällaisia kriittisiä riskitietoja ovat

- henkeä uhkaavat allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat reaktiot
- poikkeavat veriryhmävasta-aineet
- potilaaseen asennetut tahdistimet ja defibrillaattorit
- eristystä vaativat moniresistenttien mikrobien kantajuus tai altistus

Potilastietojärjestelmissä kriittiset riskitiedot tuodaan aktiivisesti käyttäjälle tiedoksi siten, että ne tulevat huomioitua hoitotilanteissa. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi niin, että kriittisten riskitietojen lista avautuu järjestelmässä käyttäjälle aina, kun hän avaa potilaan tiedot. Riskitietojen perusnäkymällä (RIS) kriittisten riskitietojen olemassa olo näytetään **punaisella kolmiolla**. Riskitiedon merkintä kriittiseksi tulee tehdä erityisen harkiten, jotta todelliset kriittiset riskit tulevat merkityksi ja huomioiduksi, eivätkä "huku" muiden riskitietojen joukkoon.

Hoidossa huomioitavat riskitiedot

Hoidossa huomioitavat riskitiedot ovat tietoja, joiden huomioiminen vaikuttaa potilaan hoitoon, mutta joiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista tai muuta huomattavaa riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle.

Keskeisiin hoidossa huomioitaviin tietoihin kirjataan niitä tietoja, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Hoidossa huomioitavat riskitiedot vaikuttavat potilaan hoitoon, mutta niiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle. Hoidossa huomioitavia riskitietoja ovat muun muassa

- lääkeaineen aiheuttamat poikkeavat reaktiot
- allergiat
- riskitaudit ja -hoidot
- erityishuomiota vaativat hoidot
- siirretyt kudokset ja keinomateriaalit
- eristystä vaatimattomat moniresistentit mikrobit
- hoidonrajaukset
- käyttäytymiseen liittyvät riskit

Hoidossa huomioitavat riskit näytetään riskitietojen yhteenvedolla kriittisistä riskeistä erottuvasti. Niiden ei myöskään tarvitse avautua heti näkyville potilaan tietoja avattaessa. RIS-näkymällä hoidossa huomioitavien riskitietojen olemassa olo näytetään **keltaisella kolmiolla**. Jos potilaalle ei ole kirjattu lainkaan riskitietoja, esitetään se **harmaalla kolmiolla**. Kaikki riskitiedot näkyvät riskitietoyhteenvedolla. Ks. luku 10.3

10.1.4 Riskin rakenteiset tarkennetiedot

Riskitietoa voidaan lisäksi tarkentaa rakenteisilla lisätiedoilla, esimerkiksi:

- *Varmuusaste* -koodistolla ilmaistaan riskin varmuusaste. Koodistoa käytetään silloin, kun halutaan tarkentaa onko riskitieto *Epäilty vai Todennäköinen tai varma*.
- *Pysyvyys* - tiedon avulla voidaan erotella pysyväisluonteiset riskit määräaikaista riskeistä. Määräaikaiselle riskitiedolle voidaan asettaa haluttaessa päättymispäivä jo ensikertaa tietoa kirjatessa. Tieto riskin pysyvyydestä voi helpottaa tiedon elinkaaren hallinnointia ja tiedon hakemista (esimerkiksi "Hae pysyväisluonteiset riskitiedot").
- *Tiedon lähde* -koodiston avulla ilmaistaan keneltä tai mistä tieto riskistä on peräisin, esimerkiksi jos tieto on potilaan kertoma.

10.1.5 Riskin toteamisen tiedot

Riskin toteamisen *alkupäivä* kirjataan sillä tarkkuudella kuin se pystytään kirjattaessa arvioimaan. Järjestelmässä oletusarvona on merkinnänteon päivämäärä. Jos riski on alkanut jo aiemmin, alkupäivä voidaan kirjata esimerkiksi vuoden tarkkuudella, mikäli sen tarkempaa aikaa ei ole tiedossa.

Riskin *toteajana* on oletusarvoisesti merkinnän tekijä. Jos riskin todennut henkilö ei ole tiedossa, toteajaksi voidaan merkitä myös organisaatio tai, esimerkiksi jos tiedon lähteenä on potilas itse, toteajan tiedot voidaan jättää kirjaamatta.

10.1.6 Riskin päättymisen tiedot

Kun todetaan, että jokin riskitieto ei potilaalla ole enää ajankohtainen, esimerkiksi eristystarpeen aiheuttanut infektio parantuu tai epäilty riskitieto osoittautuu vääräksi, tehdään riskistä päättymismerkintä. Päättymismerkinnällä riskin muut tiedot jäävät entiselleen ja siihen lisätään vain päättymisen tiedot. Päättymispäiväksi merkitään riskin *päättymisen toteamispäivä* – myös silloin jos päättymisen todetaan takautuvasti.

Jos riskin päättymisen pystytään päättelemään etukäteen, päättymispäivä voidaan kirjata tulevaisuuteen. Kun riskin päättymispäivä kirjataan tulevaisuuteen, se kirjautuu oletusarvoisesti *arvioituksi* päättymispäiväksi. Tällöin riskitieto ei poistu voimassa olevien riskitietojen listalta automaattisesti, vaan päättymispäivän jälkeen riskitieto näkyy listalla *"päättymisen vahvistusta odottavana"* ja se poistuu listalta vasta, kun käyttäjä erikseen vahvistaa riskin päättyneen. Jos päättymispäivä merkitään *"varmaks"*, riskitieto päättyy voimassa olevien riskien listalta automaattisesti päättymispäivänä. Kaikissa kuluvana päivänä päättyväksi kirjatuihin riskeihin päättymispäivä on varma, ja ne poistuvat riskitietojen listalta sinä päivänä.

Riskin päättymiselle pitää aina kirjata luokiteltu syy, jota voi tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Etukäteen kirjatuihin riskitietojen päättymisissä syy on *Määräaikainen*, ja reaaliaikaisesti kirjatuihin syy on yleensä *Parantunut*.

Päättymisen *toteajaksi* kirjataan oletusarvoisesti merkinnän tekijä ja hänen organisaationsa. Toteamistietoja voi kuitenkin muuttaa, esimerkiksi jos kirjauksen tekee eri henkilö kuin varsinainen toteaja.

10.2 Eri riskityyppien kirjaaminen

Tässä luvussa pyritään esittämään yleisimpiä linjauksia eri riskityyppeihin (ks. taulukko 8) kuuluvien riskien kirjaamisesta. Tässä kuvattu listaus ei kata kaikkia tilanteita eikä se myöskään ole sitova määräys, vaan kirjaaja voi aina perustelluista syistä kirjata riskitiedot niin kuin se parhaiten auttaa potilaan hoitoa. Suositeltujen linjausten noudattaminen kuitenkin yhtenäistää riskitietojen kirjaamiskäytäntöjä ja edesauttaa siten tiedon löytämistä.

10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat

Henkeä uhkaaviksi lääkereaktioiksi (L1) kirjataan anafylaktiset tai muut henkeä uhkaavat lääkeainereaktiot, jotka aiheuttavat hengenvaaran. Diagnoosin (riskin nimi) lisäksi lääkeainereaktiolle kirjataan joko valmisteen kaupp nimi tai vaikuttava lääkeaine (riskitietoon liittyvä tieto). Tieto kirjataan lääkkeen ATC-koodilla sekä herkkyysreaktion ilmaisevalla ICD 10-koodilla. Lääkehoidon aiheuttama haittavaikutus on kuvattu tarkemmin Suomalaisten tautien kirjaamisen ohjekirjassa (Komulainen 2012). Riski on kriittinen ja pysyväisluonteinen.

Lääkkeen verisoluvaikutuksiksi (L2) kirjataan odottamattomat tai lääkkeen harvinaisista haittavaikutuksista aiheutuneet muutokset verisoluihin. Jos kyseessä on odotettu, lääkkeen yleinen haittavaikutus, ei sitä kirjata riskitiedoksi, vaan kyseessä on hoidossa yleisesti huomioitava asia. Oletuksena riski on hoidossa huomioitava ja pysyväisluonteinen, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

Lääkeaineen aiheuttamiin ihoreaktioihin (L3) ja Muihin lääkereaktioihin (L9) kirjataan odottamattomat tai lääkkeen harvinaisista haittavaikutuksista aiheutuneet reaktiot, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Jos kyseessä on odotettu, lääkkeen yleinen haittavaikutus, ei sitä kirjata riskitiedoksi, vaan kyseessä on hoidossa yleisesti huomioitava asia. Tällainen riski on hoidossa huomioitava ja pysyväisluonteinen. Jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, käytetään luokkaa L1.

10.2.2 Muut allergiat

Henkeä uhkaavaksi ruoka-aineallergiaksi (A1) tai muuksi henkeä uhkaavaksi välittömäksi allergiaksi (A3) kirjataan muut kuin lääkeaineesta tai rokotteesta aiheutuvat anafylaktiset tai muut henkeä uhkaavat reaktiot. Allergian kirjaamisessa käytetään toistaiseksi ICD-10-luokitusta, joka on rajoitetusti käyttökelpoinen. Allergian aiheuttaja/aiheuttajat kirjataan aina, jos ne ovat tiedossa. Nämä riskit ovat kriittisiä ja pysyväisluonteisia.

Ruoka-aine allergioihin (A2) ja muihin henkeä uhkaamattomiin allergioihin (A4) kirjataan sellaiset allergiat, joilla on merkitystä potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Esimerkiksi muna-allergian aiheuttajana tieto on huomioitava rokotuksissa, koska rokotteet voivat sisältää munaa ja esimerkiksi lateksi-allergia joudutaan huomioimaan muun muassa suojakäsineiden käytössä. Allergian aiheuttaja/aiheuttajat kirjataan aina, jos ne ovat tiedossa. Sellaisia allergioita, joilla on oma diagnoosi ja joilla ei ole oleellista merkitystä hoidon järjestämisessä, esimerkiksi heinänuha, ei kirjata riskitiedoksi, vaan ne näkyvät potilaan diagnoosilistalla. Nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja pysyväisluonteisia. Jos potilaalle aiheutuu allergias-ta henkeä uhkaava tilanne, käytetään luokkia A1 tai A3.

10.2.3 Riskitaudit ja -hoidot

Riskitauteihin ja -hoitoihin kirjataan sellaiset sairaudet, lääkitykset tai muut hoidot, joiden huomiotta jättäminen potilaan hoitoa järjestettäessä voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle. Oletuksena nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja pysyväisluonteisia, mutta jos potilaalle aiheutuu sairaudesta, lääkityksestä tai muusta hoidosta henkeä uhkaava tilanne, merkitään kyseinen riski kriittiseksi.

Tukostaipumuksiin (S1) kirjataan ne sairaudet ja hoidot, joilla on merkittävä verisuonten tukosriskiä lisäävä vaikutus. **Hyytymishäiriöihin (S2)** kirjataan ne sairaudet ja hoidot, joilla on merkittävä vuotoriskiä lisäävä vaikutus. **Immuunipuutostiloihin (S3)** kirjataan ne sairaudet ja hoidot, jotka aiheuttavat elimistön puutteellisesta immuunivasteesta johtuvaa infektioiden alentunutta vastustuskykyä, ja jotka tulee ottaa huomioon potilaan hoitoa järjestettäessä, esimerkiksi vaikea-asteinen HIV tai sädehoitoon liittyvä vaikea vastustuskyvyn aleneminen (Huom! tässä on kyseessä potilaan riski sairastua – ei riski tartuttaa muita).

Muihin riskitauteihin tai -hoitoihin (S9) kirjataan muut potilaan hoidolle riskitilanteita aiheuttavat sairaudet tai hoidot.

10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat

Poikkeavat veriryhmävasta-aineet (V1) kirjataan kriittiseksi riskitiedoksi, koska niiden huomiotta jättäminen verensiirrossa voi aiheuttaa potilaalle henkeä uhkaavan tilanteen. Riski on pysyvä.

Muihin verituotteiden annossa huomioitaviin asioihin (V9) kirjataan verituotteiden antoon liittyvät poikkeavuudet, joiden huomiotta jättämisestä verensiirrossa ei aiheudu potilaalle henkeä uhkaavaa tilannetta.

10.2.5 Erytyshuomiointia vaativat hoidot

Erytyshuomiointia vaativilla hoidoilla tarkoitetaan hoitoa tai lääkitystä, jonka vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, sekä erityisseurantaa vaativia lääkityksiä ja hoitoja, joiden huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle.

Erytyshuomiointia vaativaan lääkitykseen (H1) kirjataan lääkitykset, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, sekä erityisseurantaa vaativat lääkitykset. Jos tällainen riski voidaan kirjata oireen mukaisen riskin pohjalta, käytetään ensisijaisesti näitä H-luokkia, mutta esimerkiksi veren hyytymiseen vaikuttavan tai immunisuppressiota aiheuttavien lääkkeiden kohdalla käytetään luokkia S1-S9. Oletuksena riski on hoidossa huomioitava ja määräaikainen, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

Erytyshuomiointia vaativaan muuhun hoitomuotoon (H3) kirjataan sellaiset hoidot, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, esimerkiksi elinsiirtoon valmistelevat hoidot, sekä erityisseurantaa vaativat hoitomuodot. Oletuksena riski on hoidossa huomioitava ja määräaikainen, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

Potilaan kuuluminen annosjakelun piiriin ei sinällään ole riskitiedoksi luokiteltava hoitomuoto. Jos tietojärjestelmäratkaisut eivät tue annosjakelutiedon välittymistä terveydenhuollon organisaatioiden ja apteekkien välillä, voidaan tieto annosjakeluun liittyvistä riskeistä kirjata luokkaan H3. Kun annosjakelutieto saadaan kulkemaan rakenteisesti lääkitystiedoissa, tulee riskitietojen käyttö tähän tarkoitukseen lopettaa.

10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit

Tähän ryhmään kuuluvat kudokseen asetettu vierasesine, materiaali, siirtoelin tai siirretty kudos (homografti), jonka huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle.

Potilaalle implantoidut siirtoelimet (I1) kirjataan aina riskitiedoksi. Yleensä kirjaus tehdään toimenpidettä tehtäessä, mutta ne voidaan kirjata myös jälkikäteen. (Huom. Elinsiirtojonossa olevat potilaat, joiden muu hoito voi poiketa normaalista, kirjataan luokkaan **H3**) Riski on pysyväisluonteinen, hoidossa huomioitava.

Tahdistimet ja defibrillaattorit (I2) kirjataan kriittisiin riskitietoihin, koska näiden huomiotta jättäminen esimerkiksi magneettikuvauksessa voi aiheuttaa potilaalle henkeä uhkaavan tilanteen. Yleensä kirjaus tehdään toimenpiteen kirjaamisen yhteydessä.

Sydämen tekoläpät (I4), Stentit ja sulkulaitteet (I5) ja Proteesit ja implantit (I6) kirjataan oletusarvoisesti pysyväisluonteisiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi. Sen sijaan **suntit, katetrit, elektrodit (I7)** kirjataan määräaikaikaisiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi.

THL-Toimenpideluokitukseen on määritelty, mitkä toimenpiteet ehdottavat riskikirjausta sekä toimenpidekohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa. **Muut vierasesineet (I9)** luokkaan kirjataan sellaiset potilaan hoidossa huomioitavat vierasesineet, joita ei kirjata edellä kuvattuihin muihin luokkiin. Muiden vierasesineiden riski on oletusarvona pysyväisluonteinen, hoidossa huomioitava.

10.2.7 Mikrobit ja eristystarve

Näillä riskitiedoilla tarkoitetaan yleisvaarallisen tai moniresistentin mikrobin, muun infektion tai kantajuuden tai hoidon vaatimaa erityishuomiointia tai eristystä, joiden huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan, hoitohenkilökunnan tai ympäristön terveydelle.

Tarve potilaan eristämisestä **Ilmaeristykseenä (E2), Pisaraeristykseenä (E3) ja Kosketuseristykseenä (E4)** kirjataan riskitiedoksi. Nämä riskit ovat oletusarvoisesti määräaikaikaisia ja hoidossa huomioitavia. Huom. Verieristystä, esimerkiksi HIV:n vuoksi, ei merkitä riskitiedoksi, sillä yleisesti hyväksytyn linjauksen mukaan kaikkia potilaita tulee hoidossa käsitellä mahdollisina verenvälityksellä tarttuvan infektion lähteenä, eikä hoito siten poikkea yleisestä periaatteista.

On hyvä huomioida, että nykyisin ICD-luokitukseen on määritelty minkä diagnoosien tulisi ehdottaa riskikirjausta sekä diagnoosikohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa.

Luokitusta päivitettiin moniresistenttien mikrobien osalta vuonna 2014, jolloin luokan Moniresistentin mikrobin kantajuus tai sen epäily (E1) käyttö päättyi.

Luokituksessa eritellään nykyisin

- **Eristystä vaativa moniresistentin mikrobin kantajuus (E5)** (kriittinen ja pysyvä)
- **Eristystä vaativa altistus moniresistentille mikrobille (E6)** (kriittinen ja määräaikainen)
- **Hoidossa huomioitava moniresistentin mikrobin kantajuus (E7)** (hoidossa huomioitava ja pysyvä) ja
- **Hoidossa huomioitava altistus moniresistentille mikrobille (E8)** (hoidossa huomioitava ja määräaikainen)

Kriittisinä riskitietoina kirjattavia, eristystä vaativia mikrobeja ovat muun muassa MRSA ja CPE, jotka vaativat kosketuseristystä. Näiden mikrobien aiheuttamat eristystarpeet kirjataan käyttäen luokkia E5 ja E6, ei siis käyttäen yleistä Kosketuseristys (E4) luokkaa. Lisäksi luokkaan **Muu infektio tai eristystarve (E9)** kirjataan sellainen infektio tai eristystarve, jota ei voi luokitella muihin luokkiin, esimerkiksi poikkeuksellisen voimakkaan säteilyn vuoksi eristettävä potilas.

10.2.8 Hoidon rajaukset

Potilaan tahdonilmaisu (R1) sisältää potilaan ilmoittaman tahdon, joka antaa luvan hoidon lopettamiseen, kun parantavaa hoitoa ei ole, eikä henkilö enää itse kykene ilmaisemaan tahtoa. Riskitietoihin ei kirjata itse hoitotahtoa, vaan ainoastaan tieto sen olemassa olost. Tiedonhallintapalvelu tuottaa riskitietoihin automaattisesti tiedon, jos potilaalla on Tiedonhallintapalveluun tallennettu hoitotahto tai elinluovutustahto. Muutoin tieto potilaan tahdonilmausten olemassa olost voidaan kirjata käsin riskitietoihin. Lisätietoihin voi kirjata, mistä voimassa oleva tahdonilmaisu löytyy.

Hoidonrajaukset (R2) sisältävät tiedon lääketieteellisin perustein tehtyjen hoidon rajausten olemassa olost. Riskitietoihin ei kirjata itse hoidonrajausta, vaan ainoastaan tieto sen olemassa olost. Itse hoidon rajausta perusteluineen tulee kirjata potilaskertomukseen. Kansallisella Koodistopalvelimella on julkaistu *AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste* -luokitus, jolla lääketieteellisen hoidonrajauksen astetta voidaan kuvata rakenteisesti hoitotilanteissa. Luokitus sisältää useita vaihtoehtoja: Ei elvytystä/ Hoidon kajoavuutta ei lisätä/ Muu hoidon rajausta/ Oireenmukainen hoito/ Saattohoito. Koodit eivät ole täysin toisiaan poissulkevia, vaan niitä voidaan käyttää myös täydentämään toisiaan. Koodistoa käytettäessä tulee huomioida potilaan tilanne kokonaisuutena, esimerkiksi tilanteen muuttuessa hoidon rajausta tulee arvioida uudelleen. Hoidon rajaukset tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa.

10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit

Väkivaltaisuus hoitotilanteessa (K1) riskitietona tarkoittaa tietoa potilaan tai hänen läheisensä sellaisesta väkivaltaisesta käyttäytymisestä hoitotilanteessa, joka aiheuttaa hoitohenkilökunnan terveyttä uhkaavan tilanteen. **Päihderippuvuus (K2)** riskitietona kirjataan, kun potilaalla on diagnostisoidusta alkoholista, huumeiden tai lääkkeiden aiheuttama riippuvuus, joka on huomioitava potilaan hoidossa, esimerkiksi kipulääkitystä määrättäessä. **Muina käyttäytymiseen liittyvinä riskeinä (K9)** kirjataan esimerkiksi vakava itsetuhotaipumus, joka on huomioitava hoitotilanteissa.

10.2.10 Muut riskit

Muut riskit sisältävät muun muassa tiedon **dialyysihoidosta (M2)** tai **kommunikaatioavun tarpeesta (M3)**. Ryhmään kirjataan myös esimerkiksi tieto **poikkeavasta anatomiasta tai asentorajoituksista (M1)**, jotka voivat esimerkiksi vaikeuttaa intubaatiota tai katetrointia. **Luokittelemattomiksi riskeiksi (M9)** kirjataan sellaiset potilaan hoidossa tai hoitotilanteissa huomioitavat riskit, joille ei ole luontevaa omaa luokkaa.

10.2.11 Raskaustiedon kirjaaminen

Potilaan raskaus vaikuttaa monella tavoin mahdollisiin hoidollisiin interventioihin olematta sairaus. Vaikka tietoa raskaudesta ei ole määritelty riskitiedoksi, on se aina kirjattava potilaskertomukseen. Potilastietojärjestelmässä tulee olla erillinen rakenteinen tietokenttä raskaustietoa varten, tai potilaan raskaudentila voidaan ilmaista diagnoositietona. ICD-10-luokituksessa Z32.0 on varmistamaton raskaus ja Z32.1 todettu raskaus. ICPC-2-luokituksessa W01 on raskausepäily ja W78 raskaus.

10.3 Riskitietojen kooste

Riskitiedot kirjataan ja tallennetaan rakenteisesti potilastietojärjestelmien riskitietonäkymälle (RIS), josta Tiedonhallintapalvelu poimii ne riskitietojen koosteelle (KRIS). Koosteelle poimitaan ainoastaan RIS-näkymään kirjatut rakenteiset tiedot. Koska riskitietojen rakenteessa käytetään paljon samoja tietosisältöjä kuin esimerkiksi diagnoosien, lääkitystietojen tai toimenpiteiden kirjaamisessa, kyseisiä kirjauksia voidaan hyödyntää myös riskitiedoissa. Kaikkia riskitiedon sisältöjä ei tietojärjestelmä voi kuitenkaan päätellä muista luokituksista ja niiden käytöstä kirjaamisessa.

Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja, vaan kokoaa riskitietokoosteelle (KRIS) kaikki rakenteiset riskitietomerkinnot eri rekisterinpitäjien kirjaamista riskitiedoista lukuun ottamatta riskitietoja, joiden luovutuksen potilas on kieltänyt palvelunantaja- tai palvelutapahtumakohtaisesti. Riskitietoja ei poimita muilta näkymiltä, ainoastaan RIS-näkymältä. Riskitietojen kohdalla tietohakua ei suositella rajattavaksi aikarajauksella, koska silloin joku oleellinen riskitieto voi jäädä yhteenvedosta näyttämättä.

Lisäksi Tiedonhallintapalvelu huolehtii potilaan Tiedonhallintapalveluun tallennettujen tahdonilmaisujen ajantasaisuudesta riskitiedoissa. Kun Tiedonhallintapalvelu palauttaa riskitietojen yhteenvedon potilastietojärjestelmälle, se tarkistaa, onko potilaalla voimassa olevaa hoitoahtoa, elinluovutustahtoa tai muuta tahdonilmaisua Tiedonhallintapalvelussa. Jos on, Tiedonhallintapalvelu tuottaa automaattisesti uuden riskitietomerkinnot, jonka se palauttaa muiden riskitietomerkinnotjen mukana. Tiedonhallintapalvelu ei arkistoi tuottamaansa riskitietomerkinnot, vaan se tarkistaa tahdonilmaisujen voimassaolon jokaisen koostepalautuksen yhteydessä. Näin riskitieto pysyy aina ajantasaisena.

On suositeltavaa, että potilastietojärjestelmä lisää Tiedonhallintapalvelun kokoamiin tietoihin potilastietojärjestelmässä olevat mahdolliset uudet riskitietomerkinnot, joita ei vielä ole arkistoitu Potilastiedon arkistoon, ja näyttää ne osana riskitietojen yhteenvedoa. Vastaava suositus koskee myös aluetietojärjestelmiä ja niissä olevia riskitietoja. Riskitietojen listalta tulee myös olla linkki sen palvelutapahtuman asiakirjaan, jossa kyseisen riskin tietoja on viimeksi muutettu. Koska riskitiedot poimitaan Tiedonhallintapalveluun vain RIS-näkymältä, linkissä ei ole tietoa esimerkiksi kertomustekstin näkymästä, johon mahdolliset kliiniset tiedot potilaasta on

kirjattu. Kaikki arkistoidut potilaskertomustekstit on kuitenkin löydettävissä linkin kautta saatavan asiakirjan tai palvelutapahtuman tiedoista.

Riskitietoyhteenvedo						
Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014						
Kriittiset riskit		Näytä hoidossa huomioitavat riskit (2kpl) <input checked="" type="checkbox"/>			Näytä päättäneet riskit	
Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi	Riskin aiheuttava tekijä / koodi	Riskin huomiointi hoidossa:		Todettu	Päättynyt	Varmuus
A1 Anafylaktinen sokki	T88.6# V-pen Mega tabl.	J01CE02	Penissiliiniä ei saa käyttää potilaalla	15.8.09	Pysvä	Varma
B1 Anafylaktinen sokki	T78.0 Kananmuna		Kananmunaa ei saa käyttää potilaalla	5.1.00	Pysvä	Epäily
E6 Eristystä edellyttävä mikrobialistus			Potilasta pidettävä kosketuseristykse	1.4.14	15.4.14	Epäily
Hoidossa huomioitavat						
Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi	Riskin aiheuttava tekijä / koodi	Riskin huomiointi hoidossa:		Todettu	Päättynyt	Varmuus
E2 Meningokokki meningiitti	A39.0		Pisaraeristys	15.11.12	15.12.12	Varma
G1 Hoitotahto			Ei verituotteita.	7.12.11	Pysvä	Varma
Päättäneet riskit						

Kuvio 10. Esimerkki riskitietojen yhteenvedosta, jossa kriittiset riskit erotetaan hoidossa huomioitavista riskeistä. (Virkkunen ym. 2016)

11 Terveysteen vaikuttavat tekijät

HYVÄ TIETÄÄ

Terveysteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan tiedot potilaan alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä, sydän- ja verisuonitautiriskistä, tupakoinnista, liikunnasta, ravitsemuksesta, masennusoireista ja mahdollisesta raskaudesta. Kirjaamisessa käytetään yleisien mittareiden antamia tuloksia ja tiedot kirjataan kertomukseen Terveysteen vaikuttavat tekijät -otsikon alle. Suositus on, että tupakointia ja alkoholin käyttöä koskevat tiedot kysytään joka toinen vuosi, mutta samaa aikaväliä voi käyttää muidenkin tietojen päivittämiseen. Kattavan kirjaamisen avulla saatu väestötason tieto on luotettavaa ja muutokset potilaiden terveystkäyttäytymisessä ovat seurattavissa. Rakenteisessa muodossa olevaa tietoa voidaan hyödyntää huomattavasti paremmin kuin vapaana tekstinä kirjattua kuvausta. Luvussa 12 kuvataan tarkemmin fysiologisten mittausten ja laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kirjaamista sekä rakenteisten tietojen hyödyntämistä.

Terveysteen vaikuttavat tekijät ovat henkilön terveystteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita. Elintavoilla eli terveystkäyttäytymisellä tarkoitetaan yleisimmin alkoholinkäyttöä, liikuntaa, ruokatottumuksia ja tupakointia, jotka ovat yhteydessä sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Erityisesti nämä neljä elintapaa ovat keskeisten suomalaisten kansantautien riski- ja suojatekijöitä. Elintavoilla on myös yhteyttä eriarvoisuuteen ja terveystseroihin. (THL - Elintavat 2018; THL - Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet 2018; THL - Kansantaudit 2018).

Terveystteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen koskee potilaan todetun tilanteen dokumentoimista etenkin eri luokitusten ja mittareiden tai testien avulla. Nykyisin on saatavilla lukuisia testeitä ja lomakkeita. Taulukkoon 9 on koottu ne, jotka ovat vuoden 2018 alussa julkaistuna kansallisella Koodistopalvelimella.

Tässä luvussa kuvataan yleisellä tasolla terveystteen vaikuttavien tekijöiden tietojen kirjaamista eri mittareiden ja testien avulla riippumatta siitä, missä palveluissa näitä tietoja kirjataan. Valmisteluilla on useampia erikois- ja palvelualakohtaisia tietosisältömäärittelyjä, joissa korostuvat myös terveystteen vaikuttavat tekijät ja niihin liittyvät tarkemmat mittarit ja kirjaamisohjeet (esimerkiksi työterveyshuolto, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, lastenneuvola, raskauden seuranta, äitiyshuolto, suun terveystdenhuolto, kuntoutus ja toimintakyky). Näitä koskevat kirjaamisohjeet julkaistaan tämän oppaan jatko-osassa (osa 2). Ks. myös luku 12 Mittaukset ja tutkimukset.

Lisäksi on useita mahdollisuuksia kuvata yhtenäisellä tavalla erilaisia toimenpiteitä, joita terveystdenhuollon ammattilaiset toteuttavat testeissä ja arvioinneissa saatujen tulosten perusteella. Eri ammattiryhmillä on tähän omat nimikkeistönsä tai luokituksensa. Lisäksi voidaan hyödyntää *THL-Toimenpideluokitusta*, jossa on esimerkiksi erilaisia hoitoon tai ohjaukseen liittyviä toimenpiteitä (esimerkiksi Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito, Sair. hoitoon ja kuntoutukseen liittyvä ravitsemusohjaus, Terveystden ylläpitoon liittyvä ravitsemusohjaus, Painonhallinta- ja laihdutusohjaus). Ks. myös luku 13 Toimenpiteet.

Taulukko 9. Potilaan terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia, mittareita ja testejä.

Koodistopalvelimella julkaistuja luokituksia, mittareita ja testejä:
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset
THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus
AR/YDIN - Kyllä/ Ei/ Ei tietoa
AR/YDIN - Tupakointistatus 2010 ...
AR/YDIN - Nikotiiniriippuvuustesti 2010 (Fagerströmin suppea nikotiiniriippuvuustesti)
THL/Testi - AUDIT - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 10 kysymyksellä
THL/Testi - AUDIT-C - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 3 kysymyksellä
UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö
THL/Testi - Beckin masennuskysely (BDI-21)
THL/Testi - Dementiariskitesti
THL/Mittari - WHODAS 2.0 terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä
THL/Testi - Diabetesriskitesti...
THL/Testi - Finriskilaskuri
THL/Testi - Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti
Vajaaravitsemus/lomake - NRS2002-seulontamenetelmä
Vajaaravitsemus/Lomake - MNA-seulontamenetelmä
STH - STH35 Harjauskertojen määrä (ja muut suun terveyteen liittyvät luokitukset)
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus (esim. ->D - pääluokka 5/ Itsestä huolettaminen) ⁷

11.1 Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen

Potilaan terveyden kannalta oleelliset tekijät tulee kuvata ja kirjata mahdollisimman rakenteisesti, jotta järjestelmissä esimerkiksi hoidollisen päätöksenteon tuen avulla voidaan tuottaa ehdotuksia potilaan terveysriskien minimoimiseksi ja hoidon edistämiseksi. Rakenteisista tiedoista voidaan kerätä myös kansalaisten terveyskäyttäytymisestä populaatiotasosta tietoa

⁷ Toimintakyvyn arviointiin tarkoitetut mittarit kuvataan tarkemmin oppaan toisessa osassa Toimintakyvyn, kuntoutuksen ja apuvälineiden osuudessa.

erilaisiin tilastoihin ja raportteihin hyödynnettäväksi niin kansallisesti, alueellisesti kuin organisaatiotasolla. Kattava, yhtenäinen rakenteinen tietojen kirjaaminen on tärkeää, jotta populaatiotason tieto on luotettavaa ja muutokset potilaiden terveyskäyttäytymisessä ovat seurattavissa.

Kansalainen voi seurata Omakannasta tietoa terveytensä vaikuttavien tekijöiden arvioinneista, mikä vahvistaa hänen osallistumistaan terveytensä edistämiseen ja mahdollisten sairauksiensa (itse)hoitoon. Lisäksi häntä voi ohjata tekemään myös itsearviointina tarkoitukseensa soveltuvia testejä. Tällaisia testejä on helposti saatavilla lukuisien sähköisten palvelujen tai nettisivustojen kautta. Lisäksi kansalainen voi tallentaa ja käsitellä omia hyvinvointitietojaan vuodesta 2018 alkaen myös Kanta-palvelujen Omatietovarantoon soveltuvien hyvinvointisovellusten ja mittalaitteiden avulla. Hyvinvointitiedoilla tarkoitetaan tässä kansalaisen mittaus-, elämäntapa- ja aktiivisuustietoja, jotka liittyvät suoraan tai välillisesti hänen hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen. Lisätietoa osoitteessa

<https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/omakannan-omatietovaranto>

11.2 Terveysteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit

Esimerkiksi tupakoinnin, alkoholin käytön ja liikunnan määrän kartoitusta varten on olemassa soveltuvia mittareita, joita on julkaistu myös Koodistopalvelimella kansallisesti yhdenmukaisesti määritellyin rakentein. Muita terveydentilan selvityksessä hyödynnettäviä mittareita ovat mm. masennusoireiden vaikeusasteen arviointiin kliinisessä tilanteessa *tarkoitettu Beckin masennuskysely (BDI-21)*, erilaiset riskitestit, kuten *Dementia- ja Diabetesriskitestit*, *Finriskilaskuri* ja *Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti*. Myös ravitsemuksen tilaa ja vajaaravitsemuksen riskiä voidaan arvioida erilaisin seulontamenetelmin.

Terveysteen vaikuttavien tekijöiden tietoja tallentuu eri näkymille, koska potilasta hoitavat ja ohjaavat useat eri ammattiryhmät. Kuten muitakin keskeisiä potilastietoja, terveyteen vaikuttavia tekijöitä mitataan ja kirjataan vain silloin, kun ne ovat tarpeen potilaan terveydentilan ja elintapojen selvittelyssä sekä mahdollisen terveysongelman tai sairauden hoidossa. Potilaskertomukseen kirjataan kustakin mittarista saatu indeksiluku. Lisäksi mittarilla todettua, rakenteista tilannetietoa voi kuvailla vapaamuotoisesti esimerkiksi *Terveysteen vaikuttavat tekijät* -otsikon alla.

11.2.1 Tupakointi

Tieto potilaan tupakointistatuksesta on suositeltavaa kirjata esimerkiksi perusterveydenhuollossa jokaiselta potilaalta vähintään kahden vuoden välein. Tupakoinnin kirjaamisessa ilmaistaan aina *tupakointistatus* ja lisäksi tarvittaessa *tupakoinnin määrä* sekä *nikotiiniriippuvuus* siihen tarkoitetuilla koodistoilla. *AR/YDIN - Tupakointistatus* -luokitus on tarkoitettu kuvaamaan henkilön ilmoitusta omasta tupakoinnistaan (myös sähkötupakoinnista sekä nuuskan käytöstä) tai tupakansavulle altistumisestaan. Tupakointiriippuvuutta voidaan lisäksi kuvata *Fagerströmin testillä*, tupakoinnin määrää *FinLOINC*-luokituksella ja aiempaa tupakointia *kylä/ ei/ ei tietoa* -luokituksella.

Tupakoinnin määrä ilmaistaan *savukkeina/vrk* (*FinLOINC*-koodi 8663-7) tai *askivuosina* (*FinLOINC*-koodi 11366-2). Jos henkilö tupakoi yhden askin päivässä vuoden ajan, tulee yksi askivuosi (20 vuotta 2 askia päivässä = 40 askivuotta). Potilaan nuuskankäyttö kirjataan vapaalla tekstillä otsikon *Terveysteen vaikuttavat tekijät* alle. Nikotiiniriippuvuutta *testataan Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä*. Nikotiiniriippuvuus saadaan laskemalla testin kysymysten summapistee. Potilastietojärjestelmiin voidaan luoda laskuri, joka laskee summan ja siihen on liitetty myös tulkinta.

11.2.2 Päihteet ja huumaavat aineet

Alkoholin käytön kartoitukseen soveltuu kymmenen kysymyksen AUDIT-testi tai suppeampi kolmen kysymyksen AUDIT-C -testi. Testin tulos kirjataan vapaalla tekstillä otsikon *Terveysteen vaikuttavat tekijät* alle, mikäli järjestelmässä ei voi hyödyntää kansallisella Koodistopalvelimella julkaistuja AUDIT-mittareita.

Raskaana olevilla ja nuorilla AUDIT-testiä voidaan hyödyntää keskustelun pohjana, koska suora indeksin tuottama arvo voi näissä ryhmissä luoda virheellisiä tuloksia, joita ei voida suoraan hyödyntää esimerkiksi arvioitaessa äidin alkoholinkäytön sikiölle aiheuttamaa riskiä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa käytettäviä mittareita ovat esimerkiksi *Adsume*, *nuorten päihdemittari* ja *Audit*, *alkoholin käytön arviointi* - kyselylomake sekä *Mielialakysely R-BDI-13*. (THL - Lapset, nuoret ja perheet 2018)

Huumeiden käytössä voidaan soveltaa esimerkiksi *Huumeidenkäyttötestiä* (DAST 20) ja *Huumeiden käytön riskit* - testiä (DUDIT). (THL - Huumeet 2018). Lisäksi *Kannabiksen käytön riskit* -testi kartoittaa kannabiksen käytöstä koituvien haittojen riskitasoa. Lisätietoa löytyy Päihdelinkistä, osoitteesta <https://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet>.

11.2.3 Liikunta

Kun tavoitteena on saada potilas liikkumaan riittävä ja turvallinen määrä, kannustimena liikkumiseen voidaan käyttää Liikkumisreseptiä (*UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille*). Lomake on tarkoitettu käytettäväksi terveydenhuollon vastaanotolla aikuisten liikunta-neuvonnan tukena. Lomakkeessa on kaksi osaa: henkilön liikkumistiedot ja henkilölle annetut liikkumisohjeet. Mikäli lomaketta ei ole saatavilla omassa järjestelmässä, voidaan käyttää potilaalle tulostettavaa paperiversiota. (Liikkumisresepti 2018; Liikunta 2016).

Liikkumisreseptin tietojen kirjaamista varten on näkymäluokituksessa lomakemuotoinen näkymä LREA Liikkumisresepti aikuisille, joka on liikkumistiedon, -tottumusten ja -ohjeiden kirjaamiseen tarkoitettu kirjaamisalusta sähköisessä potilaskertomuksessa. Tarvittaessa tietoa liikunnasta voi kirjata vapaamuotoisesti mihin tahansa kertomustekstiin otsikon *Terveysteen vaikuttavat tekijät* alle.

Lisäksi liikkumisreseptissä sekä liikuntaturvallisuuden ja liikunnan yhteydessä syntyvien vammojen seurannassa voidaan käyttää *UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistöä*. Liikuntalajinimikkeistö luokittelee harraste- ja kuntoliikunnan sekä kilpaurheilun lajeja. Liikuntalajinimikkeistö soveltuu käytettäväksi terveydenhuollon vastaanottokäynneillä, tilastoinnissa ja tutkimuksissa. Liikuntalajinimikkeistö voidaan tarvittaessa liittää Tautiluokitus ICD-10:n koodin Y94.2 *Urheilu- tai liikuntatapaturma* rinnalle täsmentämään lajia, jossa sairaalahoitoa vaatinut vamma on syntynyt.

11.2.4 Raskaus

Tieto naisen raskaudesta on oltava käytettävissä hoitopäätöksiä tehtäessä. Tiedossa olevan raskauden laskettu aika ja raskaudet/synnytykset -luku kirjataan otsikon *Terveysteen vaikuttavat tekijät* alle rakenteisesti, mikäli mahdollista. *FinLOINC*-luokituksen avulla voidaan kirjata rakenteisesti esimerkiksi *Laskettu aika* (koodi 11778-8) ja *Raskauksien lukumäärä* (koodi 11996-6) sekä *Synnytysten määrä* (koodi 11977-6). Tieto raskaudesta ja myöhemmin myös laskettu aika on potilastietojärjestelmissä siirrettävä *Hoidossa huomioitaviin* riskitietoihin (ks. luku 10, Riskitiedot) silloin kun kyseiset tiedot ovat voimassa olevia.

11.2.5 Ravitseminen

Potilaan ravitsemustilaa ja ravitsemusta voidaan arvioida erilaisin fysiologisin mittarein ja testein. Keskeisiä fysiologisia mittauksia ravitsemuksen seurannassa ovat esimerkiksi *FinLOINC*-luokituksella kirjattavat syntymäpaino ja -pituus, paino (mitattu/ ilmoitettu/ arvioitu), pituus (mitattu/ ilmoitettu/ arvioitu), BMI - painoindeksi, ISO-BMI - painoindeksi lapset, kehon rasvaprosentti, viskeraalinen rasva (pinta-ala), kehon rasvamäärä, vyötärön ympärys ja verenpaine sekä tupakointi. Myös suun terveystiedot voivat olla ravitsemuksen kannalta tärkeitä. Fysiologisten mittausten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12.

Esimerkiksi *Vajaaravitseminen/Lomake - NRS2002-seulontamenetelmä* -lomaketta voidaan käyttää vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa koskien kaikkia ikäryhmiä esimerkiksi sairaaloissa ja vuodeosastojaksoilla. Lisäksi voidaan käyttää *Vajaaravitseminen/Lomake- MNA-seulontamenetelmä* -lomaketta yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin esimerkiksi kotisairaanhoidossa ja terveystieteiden avohoidossa.

11.2.6 Suun ja hampaiden kunto

Suun ja hampaiden kuntoa seurataan ja kirjataan käyttäen rakenteisia tietoja, kuten kariesindeksejä ja kiinnityskudossairauksien tilaa kuvaavia indeksejä. Myös harjauskertojen lukumäärä voidaan kirjata rakenteisena tietona. Suun terveydenhuollon uusimmissa määrittelyissä (Turunen 2017) todetaan, että yleisten terveyteen vaikuttavien tekijöiden (elämäntavat, liikunta, ravitseminen, tupakointi ja päihteiden käyttö) lisäksi suun terveydenhuollossa kirjataan jatkossa rakenteisesti suun terveyteen vaikuttavat tekijät osana potilaan esitietoja ja omahoitoa. Näiltä osin määrittelyt ovat kuitenkin vielä kesken. Esitiedot ja omahoito tulevat rakenteisesti vaadittaviin tietoihin aikaisintaan vuonna 2018. Suun terveydenhuollon kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin erillisjulkaisussa THL:n Tiedonhallinnan sivustolla.

12 Tutkimukset ja mittaukset

HYVÄ TIETÄÄ

Tutkimuksilla ja mittauksilla tarkoitetaan tässä fysiologisia mittauksia sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten pyyntöjä, vastauksia ja lausuntoja. Tutkimus- ja mittaustiedot kirjataan käyttäen mm. tutkimusnimikkeistöjä tai *FinLOINC*-koodia. Laboratoriossa voi käyttää myös yksikön omia koodeja, jos tutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia. Vieritutkimuksina tai kotona itse tehdyille tutkimuksille ja mittauksille merkitään tulokseen tieto tutkimuksen tekotavasta. Huomattavan poikkeava kuvantamistulos pitäisi merkitä merkittävästi poikkeavaksi löydökseksi, jotta tieto huomataan helpommin. Tuloksen poikkeavuutta kuvaavaa luokitusta käytetään myös fysiologiassa mittauksissa sekä laboratoriotutkimuksissa. Fysiologisille mittauksille sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksille tulee käyttöön kullekin oma koosteensa, jonka avulla käyttäjä saa Tiedonhallintapalvelusta tiedot muissa yksiköissä tehdyistä tutkimuksista ja mittauksista. Lisäksi tulevina vuosina otetaan vaiheittain käyttöön valtakunnallinen Kuva-aineistojen arkisto, joka toteuttaa kuvantamistutkimusten arkistoinnin ja jakamisen osana Kanta-palveluja.

Fysiologisia mittauksia sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tietoja kirjataan taulukossa 10 kuvatuilla luokituksilla, jotka on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Rakenteisesti kirjattuja tietoja voidaan hyödyntää potilaan tilassa tapahtuvien muutosten seurannassa ja päätöksenteon tukena monin eri tavoin. Tietoja voi esittää myös graafisesti ja koosteina. Laajemmin tietoja voidaan hyödyntää esimerkiksi väestön terveydentilaa kuvaavissa raporteissa tai tilastoissa.

Tutkimus- ja mittaustietojen rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavien koosteiden määrittelyjä on kuvattu tarkemmin julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Eri koosteiden tarkemmat tietosisällöt on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

Viimeistään 31.12.2019 alkaen Kanta-palveluissa on tarkoitus ottaa käyttöön Kuva-aineistojen arkisto. Sen toiminnallisuuksia kuvataan tarkemmin julkaisussa [Lääketieteellisen kuvantamisen kansalliset toiminnalliset määrittelyt: Valtakunnallinen terveydenhuollon kuva-aineistojen arkisto - Kvarkki : Toiminnallinen määrittely: Versio 1.2](#) (Kärkkäinen & Rantala, 2017). Dokumentissa kuvataan laajasti kuvantamisen toiminnallinen kokonaisuus huomioiden jossain määrin kuvantamisen erityisosa-alueita, kuten radiologista (mammografia, suun terveydenhuolto) ja ei-radiologista kuvantamista (ultraääni, näkyvän valon kuvat). Käyttöänsä ensimmäisessä vaiheessa mahdollistetaan kuvien arkistointi yhteiskäyttöön (tallennus ja hakutoiminnot) sekä kuvien hyödyntäminen yhdessä muun potilaskertomusaineiston kanssa. Toisessa vaiheessa tietoa ja merkintätapoja standardoidaan ja toiminnallisuuksia kehitetään edelleen. Kolmannessa vaiheessa tavoitteena on siirtyä täysin keskitettyyn kansalliseen kuvantamisen aineiston arkistoon.

Tätä lukua päivitetään ja tarkennetaan tarpeen mukaan mm. huomioiden tulevat säteilylain muutokset sekä geneettisten tutkimusten merkintöjen kirjaamisohjeet. Samalla arvioidaan muut tämän luvun päivitystarpeet.

Taulukko 10. Potilaan fysiologisten mittausten, laboratoriotutkimusten ja kuvantamistutkimusten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Fysiologisten mittausten kirjaamisen luokituksia	Laboratoriotutkimusten kirjaamisen luokituksia	Kuvantamistutkimusten kirjaamisen luokituksia
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimusnimikkeistö (voi myös käyttää paikallisia luokituksia niiltä osin kun Kuntaliiton nimikkeistö ei tutkimuksia kata)	THL - Toimenpideluokitus - Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus ⁸
	THL - Mikrobinimikkeistö 2013, THL - Mikrobimäärä, THL - Mikrobilääkkeet, THL - Mikrobilääkeherkkyyden mittaustietelmä, THL - Mikrobin herkkyys	Kuvantamistutkimuksen diagnoositarkenne kirjataan käyttäen luokitusta THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC-2 perusterveydenhuollon luokitus
THL - Tiedon lähde	THL - Tiedon lähde	THL - Tiedon lähde
THL - Lausunnon tila	THL - Lausunnon tila	THL - Lausunnon tila
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa	THL - Anatominen jaottelu ⁹
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus	AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit (kuva tuloksen poikkeavuutta)	THL - Mittausten tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus
	AR/LABRA - Tutkimusvastauksien tulkintakoodit	
	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimuksen systeemilyhenne	

12.1 Fysiologiset mittaukset

12.1.1 Fysiologisten mittaustietojen kirjaaminen

Fysiologiset mittaustulokset kuvaavat henkilön kliinis-fysiologisia löydöksiä. Fysiologisten mittausten tietosisältö jakautuu kahteen osaan: fysiologisen mittausten tietosisältöön ja mahdolliseen, mittausta koskevaan lausuntoon. Jos sama henkilö kirjaa samassa yhteydessä sekä lausunnon että mittaustuloksen, voidaan lausunto tallentaa fysiologisen mittausten merkinnässä, eikä kirjaajan tarvitse tehdä erillistä lausuntomerkintää.

⁸ Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus saatavana koodistopalvelusta myös omana koodistonaan ja Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus (SPAT) on yhdistetty THL-Toimenpideluokitukseen marraskuussa 2017. Samalla luokitukseen on lisätty uusia toimenpiteitä ja muutettu olemassa olevien toimenpiteiden nimiä.

⁹ THL - Anatominen jaottelu - luokitusta käytetään kuvantamisen tietojärjestelmissä ilmaisemaan radiologisen tai näkyvän valon kuvan anatomista paikkaa. Luokituksen mukaiset luokat sillataan THL-Toimenpideluokituksen radiologisiin sekä näkyvän valon kuvan toimenpiteisiin.

Fysiologisen mittauksen tietosisällön pakollisia tietoja ovat *mittausajankohta*, *mittauksen nimi* ja *koodi* sekä *mittauksen tulos*. Lisäksi voidaan kirjata mm. mittauksen tehneen *henkilön* tiedot ja mittauksen *tekotapa* (laboratorio, vierimittaus, omamittaus).

Kaikki potilaan hoidon kannalta tarpeelliset fysiologiset mittaukset kirjataan rakenteisesti *FinLOINC*-luokituksen mukaisesti. *FinLOINC*-luokituksen on valittu yleisesti käytettyjä, useilla erikoisaloilla hyödynnettäviä tietoja, joiden seurannalla ja muutoksilla on yleensä kliinistä merkitystä. Kyseisten mittausten tulos on numeerinen tai luokitteleva tieto, joka tallennetaan strukturoidussa muodossa ja josta voidaan tuottaa esimerkiksi graafisia esityksiä tai laskea tunnuslukuja. Laskennallisia suureita, kuten BMI, ei sisällytetä näihin määrittelyihin, jos ne ovat päättävissä muista tiedoista.

Fysiologisista mittauksista kirjataan potilastietojärjestelmiin mitattu arvo ja yksikkö pääsääntöisesti SI- järjestelmän mukaisina yksikköinä. Mitattuihin tuloksiin voidaan liittää tieto viitearvoista tai tuloksen poikkeavuudesta, silloin kun tiedot ovat olemassa tai voidaan päätellä. Lisäksi tuloksia voidaan tarvittaessa täydentää tekstimuotoisella lisätiedolla tai erillisellä lausunnolla. Mittausten yhteydessä voidaan tarvittaessa ilmoittaa myös mittalaite, jolla mittaus on suoritettu.

Kirjaaminen on mahdollista kaikilla hierarkkisen *FinLOINC*-luokituksen tasoilla. Hierarkia mahdollistaa sen, että alemmalle tasolle kirjattuja suureita voidaan hakea ja tarkastella hierarkiassa ylemmällä tasolla olevan termin avulla. Näin esimerkiksi *FinLOINC*:in luokka 29463-7 *Paino* sisältää myös tarkemmat tiedot 3141-9 *Paino, mitattu* ja 3142-7 *Paino, ilmoitettu*.

FinLOINC-luokitus on joiltain osin päällekkäinen laboratoriotutkimusnimikkeistön kanssa. Kyseisistä laboratoriotutkimuksista voidaan käyttää *FinLOINC*-termiä, kun mittaaminen tapahtuu laboratorion ulkopuolella. Esimerkki tällaisesta on vastaanotolla tehtävä PEF-mittaus. Jos potilastietojärjestelmään kirjataan esimerkiksi potilaan itsensä suorittamia fysiologisia mittauksia, tulee merkitä myös *Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa* eli kirjataan tieto siitä, onko kyseessä laboratoriossa tehty mittaus, vierimittaus vai potilaan itse tekemä omamittaus. *FinLOINC*-luokituksen lisäksi voidaan käyttää apuna myös esimerkiksi luokituksia *Tiedon lähde*, *Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus* ja *Lausunnon tila*.

12.1.2 Fysiologisten mittausten koostetiedot

Fysiologiset mittaukset kirjataan rakenteisesti *FinLOINC*-luokitusta hyödyntäen ja tallennetaan Potilastiedon arkistoon, jolloin ne voidaan kerätä Tiedonhallintapalvelussa Fysiologisten mittausten koosteelle (FMK). Aiemmin fysiologisille mittaustuloksille ei ole ollut omaa näkymää, vaan tietoja on merkitty eri kertomusnäkyvien tekstin joukkoon tai mittaustuloksien merkintöjen erilliskenttiin.

FMK-näkymälle kerätään kaikki siihen kuuluviksi määritetyt, *FinLOINC*-koodistolla kirjatut fysiologiset mittaustiedot eri rekisterinpitäjien potilaskertomusasiakirjoista. Tiedonhallintapalvelu ei suodata eikä analysoi tallennettuja tietoja, vaan tuo käyttäjälle tietojärjestelmän näytettäväksi kaikki haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut fysiologiset mittaukset ja niihin liittyvät lausunnot, joiden luovutuksia potilas ei ole kielloin rajannut palvelunantaja- tai tapahtumakohtaisesti.

Koosteelle kerättävien fysiologisten mittaustietojen tulee perustua käyttäjän kirjauksiin tai erilliseen käyttäjän tekemään tuloksen vahvistamiseen. Koosteelle ei siis kerätä kaikkia fysiologisia mittaustietoja esimerkiksi tehohoitojakson erillisjärjestelmistä tai muista vastaavista mittalaitteista. Näiden runsaasti fysiologisia mittaustuloksia automaattisesti tuottavien järjestelmien tietojen tallentamisen arvon määrittästyö tehdään myöhemmin.

Jos fysiologisten mittausten kirjaamiseen käytetään muuta kuin *FinLOINC*-luokitusta tai tiedot kirjataan ilman *FinLOINC*-luokitusta kertomusnäkömälle esimerkiksi Fysiologiset mittaukset -otsikon alle, ei mittaustietoa saada koosteelle. Tiedon tallentaminen rakenteisessa muodossa ei kuitenkaan estä tiedon sanallista kuvaamista kertomustekstissä silloin, kun se on tarkoituksenmukaista.

12.2 Laboratoriotutkimukset

Laboratoriotutkimuksilla saadaan tietoa ihmisen terveydentilasta tai diagnosoidaan sairauksia tutkimalla elimistöstä otettuja näytteitä. Laboratoriotutkimukset sisältävät mm. kliinisen kemian ja hematologian (esimerkiksi kolesteroli tai hemoglobiini), kliinisen patologian (esimerkiksi koepalat tai irtosolunäytteet), kliinisen mikrobiologian (esimerkiksi bakteeriviljelyt), kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian tutkimukset.

Laboratoriotutkimusten tiedot jakautuvat kolmeen tietosisältöön: laboratoriotutkimuspyyntöön, -vastaukseen ja -lausuntoon, joista kukin arkistoidaan Potilastiedon arkistoon omana merkintäänään LAB-näkömälle joko laboratorion järjestelmästä tai potilastietojärjestelmästä.

12.2.1 Laboratoriotutkimusten pyynnöt

Laboratoriotutkimuspyynnöt kirjataan *Laboratoriotutkimusnimikkeistöllä*. Jos laboratoriotutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia tai mikäli kyseessä on laboratorion omiin tarpeisiin perustettu tutkimus (esimerkiksi tutkimuspaketti), voidaan kirjaamisessa käyttää toimintayksikön omia koodeja. Suositeltavaa on, että toimintayksiköissä pyritäisiin omana koodina käyttämään *LOINC*-koodia. *LOINC*-koodeja käyttämällä saavutetaan uusien tutkimusten tiedoissa parempi yhtenäisyys sairaaloiden välillä.

Yhteen laboratoriotutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia. Jokainen tutkimus voidaan pyytää joko erikseen tai voidaan pyytää "tutkimuspaketteja", jotka sisältävät useita yksittäisiä tutkimuksia (esimerkiksi PVK). Tutkimuspakettina voidaan käyttää Kuntaliiton *Laboratoriotutkimusnimikkeistön* tai paikallisen koodiston mukaisia tutkimuspaketteja. Pyydettyvät tutkimuspaketit ja niiden sisältö voidaan kussakin laboratoriojärjestelmässä tai organisaatiossa määritellä erikseen. Omissakin pakettitutkimuksissa tulokset kirjataan osatutkimuksille, jotka ovat kansallisesti yhteisiä. Lisää ajankohtaista ohjeistusta löytyy osoitteesta:

<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/laboratoriotutkimusnimikkeisto>

Toistuvissa tutkimuspyynnöissä ("kestolähetteet") merkitään myös *Toistuvan laboratoriotutkimuspyynnön alku- ja loppupäivämäärä* ja *Laboratoriotutkimuksen tutkimuskertojen enimmäismäärä*. Tutkimuspyynnön voimassaolon alkupäivämäärä on pakollinen tieto, mutta loppupäivämäärä on vapaaehtoinen tieto, samoin kuin tutkimuskertojen maksimimäärä. Toistuvan laboratoriotutkimuspyynnön perusteella tehtyjen tutkimusten vastaukset voidaan liittää alkuperäiseen tutkimuspyyntöön tai laboratoriojärjestelmä voi muodostaa uuden "teknisen" tutkimuspyynnön, johon tutkimusvastaukset yhdistetään. Tutkimusvastaukset liitetään siihen palvelutapahtumaan, johon toistuva tutkimuspyyntö on tallennettu tai esimerkiksi mahdolliseen kontrollikäyntiin, johon tutkimus liittyy. Jos kumpakaan ei ole mahdollista helposti päätellä, voidaan palvelutapahtumaksi valita potilaan viimeisin palvelutapahtuma kyseisessä organisaatiossa.

12.2.2 Laboratoriotutkimusten tulokset ja lausunnot

Laboratoriotutkimusvastaukset linkitetään laboratoriotutkimuksen tunnisteeseen avulla vastaavaan laboratoriotutkimuspyyntöön ja tallennetaan tutkimuskohtaisesti LAB-näkymään. Vastaukset ja/tai lausunnot löydöksistä kirjataan laboratorio-ohjelmistoihin, joista tieto välittyy potilaskertomukseen ja tallentuu laboratorionäkymään (LAB). Samaa laboratoriotutkimuspyyntöön liittyvät vastaukset voidaan antaa kerralla tai useassa erässä.

Laboratoriotutkimusvastaukseen voi sisältyä lausunto, joka kirjataan ja tallennetaan *Laboratoriotutkimuksen tunnisteeseen* avulla osaksi tutkimusvastausta. Tällainen lausunto voidaan tuottaa tarvittaessa myös erillisenä. Lisäksi voidaan tuottaa myös laboratoriotutkimuslausunnon rakenteesta poikkeava lausunto. Tällöin erillislausunnon linkki tallennetaan laboratoriotutkimusvastaukseen *Erillisen lausunnon tunnisteeseen* avulla. Tunniste toimii teknisenä viittauksena ulkopuoliseen lausuntoon. Lausuntoihin kirjataan lausunnon antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön nimi ja palvelun toteuttaja sekä ajankohta, jolloin lausunto on annettu.

Myös osastoilla tehdyt laboratoriotutkimukset tulisi mahdollisuuksien mukaan tallentaa arkistoon. Niissä käytetään muutoin samaa rakennetta kuin laboratoriossa tehdyissä tutkimuksissa, mutta niiden *Mittauksen tai tutkimuksen tekotavaksi* kirjataan *vierimittaus*. Jos potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan itsensä suorittamia laboratoriotutkimuksia, käytetään niissä tutkimuksen tekotapana *omamittaus* ja sen lisäksi merkitään tarvittaessa tiedon lähde *Tiedon lähde* -koodistolla.

Tutkimustuloksista ja -vastauksista voidaan tehdä myös kirjallinen yhteenveto ja pohdinta potilaskertomuksen narratiiviseen tekstiin, jonka avulla voidaan arvioida tutkimuksen tuloksia ja onnistumista sekä ehdottaa mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tutkimustulosten yhteenveto kirjataan *Tutkimukset*-otsikon alle (ks. myös luku 17 Yhteenveto ja päivittäismerkinnät).

12.2.3 Laboratoriotutkimusten koostetiedot

Tiedonhallintapalvelun muodostamalle laboratoriotutkimusten koosteelle (LABK) kootaan eri rekisterinpitäjien asiakirjojen laboratorio-näkymälle (LAB) tallennetuista rakenteisista kirjauksista kaikki potilaan laboratoriotutkimukset lukuun ottamatta tutkimuksia, joiden luovutusta potilas on rajannut palvelunantaja- tai palvelutapahtumakohtaisesti. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tutkimuksia, vaan tuo koosteena käyttäjän tietojärjestelmän näytölle kaikki haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut laboratoriotutkimukset sekä niihin liittyvät pyynnot ja lausunnot, joiden luovutuksia potilas ei ole kieltänyt.

Laboratoriotutkimusyhteenveto									
Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014									
Laboratoriotutkimukset					Ajalta: 1.9.2011 - 12.9.2014				
Yht	Uusin	Tutkimus			B-CRP:		Tulos	!	Viitearvot
14	12.9.14	S-Na	S-Natrium		5.9.14	88*	144		135-145
14	12.9.14	S-K	S-Kalium		1.9.14	133*	3,2		3,5-4,5
7	5.9.14	B-La	B-Lasko		23.7.14	5	30	*	<10
12	5.9.14	S-CRP	S-C reaktiivinen proteiini		13.2.14	6	88	*	3-20
22	5.9.14	B-Hb	B-Hemoglobiini		1.11.13	5	145		120-166
22	5.9.14	B-Hkr	B-Erytrosyytit, tilavuusosuus		31.1.12	5	42		38-55

Kuvio 11. Esimerkki yhteenvedosta ja valitun tutkimuksen aikaisempien arvojen näyttämisestä. (Virkkunen ym. 2016)

12.3 Kuvantamistutkimukset

Radiologiset tutkimukset ovat kuvantamismenetelmiin perustuvaa lääketieteellistä diagnostiikkaa. Erilaisiin kuvantamismenetelmiin liittyviä tutkimuksia ovat esimerkiksi röntgenkuvaukset, tietokonetomografiat (TT) sekä isotooppitutkimukset, joita tehdään röntgenosastojen lisäksi myös kliinis-fysiologisilla osastoilla ja sädehoitoyksiköissä. Kuvien lisäksi isotooppitutkimuksissa voidaan tulostaa myös aktiivisuuskäyriä (esimerkiksi munuaisten toimintatutkimukset ja isotooppirenografiat).

Kuvantamistutkimusten tiedot muodostuvat kuvantamistutkimuspyynnöstä, kuvantamistutkimuksesta ja lausunnosta, jotka kirjataan joko radiologian järjestelmillä tai potilastietojärjestelmillä. Kuvantamistutkimusten merkinnät tehdään yleensä Radiologian näkymälle (RTG), mutta myös muita jatkuvan kertomuksen näkymiä voi käyttää. Tämä koskee myös näkyvän valon kuvien (mm. valokuvien, videoiden ja piirrosten) merkintöjä.

Tiedot kirjataan käyttäen radiologian tutkimus- ja toimenpideluokitusta, joka on saatavissa kansalliselta Koodistopalvelimelta. Lisää ajankohtaista ohjeistusta löytyy osoitteesta: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/radiologinen-tutkimus-ja-toimenpideluokitus>. Laajemmin THL-Toimenpideluokituksen ja lisäkoodien käyttöä kuvataan julkaisussa THL-Toimenpideluokitus (2013).

12.3.1 Kuvantamistutkimusten pyynnot

Kuvantamistutkimuspyynnot kirjataan radiologian ohjelmistoihin tai potilaskertomukseen RTG-näkymälle. Radiologian läheteissä pyydetty tutkimukset kirjataan *Radiologian tutkimus- ja toimenpideluokituksen* koodeilla. Koska tutkimuksen pyytäjä ei välttämättä tiedä tarkkaa tutkimuskoodia, voidaan tutkimuskoodia tarkentaa tutkimuksen tekovaiheessa. Organisaatiossa tutkimuspyynnöillä voikin olla käytössä suppea valikoima tutkimuksia, esimerkiksi vain yksi päämagneettitutkimus.

Yhteen kuvantamistutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia, joihin kuhunkin voi liittyä 1-3 lausuntoa. Kullakin tutkimuspyynnöllä on yksi *Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste* sekä sille oma *Pyyntöteksti*, *Pyyntöajankohta* ja tiedot tutkimuksen *pyytäjästä*. Lisäksi pyyntö sisältää yhden tai useamman *Pyydetyn kuvantamistutkimuksen puoli* -tiedon. Pynnölle voi myös tallentaa erilaisia tarkenteita, kuten *Pyydetyn kuvantamistutkimuksen anatominen tarkenne*, *Diagnoositarkenne* ja *Toimenpidetarkenne*. Tarkentimien laajennukset ovat lähinnä tarkoitettu näkyvän valon kuvien merkintöihin, mutta niitä voi tarvittaessa käyttää myös radiologisessa kuvantamisessa. Näin kaikille kuville saadaan yhtenäinen merkintärakenne, joka mahdollistaa myös näkyvän valon kuvien merkintöjen tallennuksen Potilastiedon arkistoon.

Jos samalla kertaa pyydetään tutkimuksia, joilla on eri pyyntöteksti, muodostaa kukin pyyntö oman merkinnän. Jos taas pyydetään useita tutkimuksia, joilla on sama pyyntöteksti, tallennetaan tutkimustiedot samalle merkinnälle. Tutkimus yksilöidään *Kuvantamistutkimustunnisteella*, joka toimii linkkinä lausuntoon ja kuviin. *Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste* on puolestaan linkkinä tutkimuksen pyyntöön.

Kuvantamistutkimuksen voi kirjata myös ilman pyyntöä, ellei se ole toiminnan kannalta tarpeellista. Jos kuvantamistutkimus tehdään ilman erillistä pyyntöä (esim. valokuvat, sikiön ultraäänikuvat), jätetään *Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste* -tieto tyhjäksi.

12.3.2 Toteutuneet kuvantamistutkimukset

Tehdyt kuvantamistutkimukset nimetään käyttäen *THL-Toimenpideluokitusta* ja yksilöidään *Tutkimuksen tunniste*-tiedolla. Pakollisena tietona tulee merkitä myös *Tutkimusajankohta*. Tutkimuspyynnöstä tulevat oletusarvoisena tietona *Tehdyn kuvantamistutkimuksen nimi ja koodi, Puoli, Diagnoositarkenne ja Toimenpide*. Kuvattavan kohteen lokalisaatio (esimerkiksi tutkittava puoli) tulee kirjata tutkimuksen lisätietona, jos se on tutkimuksen kannalta olennainen tieto. *Anatominen tarkenne* -tieto voidaan tuoda pyynnöltä, mikäli sitä ei voi päätellä tutkimuskoodista. Tutkimuksen tekijä voi tarvittaessa muokata kaikkia virheellisiä arvoja. Mikäli tutkimus pitää keskeyttää, voidaan kirjata myös *Kuvantamistutkimuksen keskeyttämisen syy*.

Radiologian yksikössä tehdyt tai radiologian yksikön toimesta yksikön ulkopuolella tehdyt toimenpiteet kirjataan tutkimuksina radiologian järjestelmään, josta tieto välittyy potilaskertomusjärjestelmään ja sieltä edelleen Potilastiedon arkistoon. Muiden kuin radiologian yksiköiden (osastot, leikkaussalit, hammashoidon yksiköt) tekemät kuvantamistutkimukset (röntgenkuvat, ultraäänitutkimukset) kirjataan potilaskertomusjärjestelmään. Niistä voidaan antaa lausunto myös radiologian järjestelmään, mutta ellei niin tehdä, on tutkimustuloksia arvioitava potilaskertomuksen erikoisalanäkymällä.

Ks. myös luku 13 Toimenpiteet.

12.3.3 Kuvantamistutkimusten lausunnot

Kukin lausunto kohdistuu aina yhteen tutkimukseen. Jos johonkin tutkimukseen tehdään useampi lausunto (alustava, lopullinen ja lisälausunto), kukin näistä muodostaa oman merkintänsä. Yhteen kuvantamistutkimukseen voi näin liittyä 1-3 lausuntoa. Lausunnonlehdelle voi myös tallentaa erilaisia tarkenteita (esimerkiksi *Diagnoositarkenne*). Keskeiset lausunnonlausunnon tiedot ja tarkenteet tulevat suoraan tutkimuksen tiedoista, mutta käyttäjä voi tarvittaessa muuttaa niitä. Lausuntoajankohta ja lausunnon antajan tiedot tulevat merkinnän tekijän tiedoista. Pakollisia tietoja ovat *Lausunto tekstimuodossa* ja *Lausunnon tila* (alustava, lopullinen tai lisälausunto).

Lisäksi kirjaaja voi merkitä tiedon *Arvio tutkimuksen tuloksesta*. Tässä yhteydessä sillä tarkoitetaan löydöksen luokittelua normaaliksi, lievästi poikkeavaksi tai merkittävästi poikkeavaksi. Merkintä ei ole pakollinen, mutta sen käyttö mahdollistaa esimerkiksi hälytysautomaattikan rakentamisen potilastietojärjestelmiin. Toistaiseksi tiedon kulku odottamattomista merkittävistä poikkeamista tulee edelleen varmistaa muilla tavoin, esimerkiksi suoralla yhteydenotolla hoitamaan lääkäriin.

Saaduista tuloksista voidaan tehdä myös kirjallinen yhteenveto sekä pohdinta potilaskertomuksen narratiiviseen tekstiin, jonka avulla voidaan arvioida tutkimuksen tuloksia ja onnistumista sekä ehdottaa mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tutkimustulosten yhteenveto kirjataan *Tutkimukset*-otsikon alle (ks. luku 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät).

12.3.4 Näkyvän valon kuvat

Tulevina vuosina myös muut kuin radiologiset DICOM-rakenteella tallennettavat kuvat arkistoidaan Kuva-aineistojen arkistoon. Tällaisia ovat esimerkiksi näkyvän valon kuvat, kuten valokuvat. Näkyvän valon kuvista tehdään harvoin tutkimuspyyntöjä ja usein kuvat tallennetaan osaksi potilaskertomusmerkintää. Myös kuvien tulkinta tehdään osana tavallista potilaskertomusmerkintää sen sijaan, että niistä tuotettaisiin erillinen lausunto.

Näitä kuvia ei viedä Kuva-aineistojen arkistoon ensivaiheessa, jotta voidaan varmistaa mahdolliset erityiset lupa- tai rajoitusmenettelyt arkaluonteisessa aineistossa. Tällaisten kuvien arkistointi hoidetaan tyypillisesti esimerkiksi perinnöllisyyspoliklinikalla, jossa on arkistointilupa niiden sähköiseen säilyttämiseen. Tällöin valokuvissa ei esiinny oireita tai lääketieteellisiä löydöksiä, vaan esimerkiksi henkilön ulkonäköpiirteitä, eikä kuvista ole hyötyä potilaan hoidossa muilla erikoisaloilla tai yksiköissä. Lisäksi kuvissa voi olla mukana muita perheenjäseniä.

Merkinnöissä käytetään *THL-Toimenpideluokituksen* mukaisia tutkimuskoodeja ja nimiä, lisäksi voidaan tarvittaessa käyttää tarkenteita, kuten *THL - Anatominen sijainti* luokitusta, jolla kuvan kohteen anatominen sijainti voidaan kirjata tutkimuskoodin anatomista jaottelua tarkemmalla tasolla. Toimenpideluokitus ei nykyisellään täysin riitä näkyvän valon kuvien tarpeisiin ja näiltä osin luokitusta tulee täydentää.

Lisäksi todettu tai oletettu diagnoosi voidaan merkitä lisäkoodiksi tarkentamaan kuvaa. Tarkentimena käytetään ICD-10 -diagnoosikoodia vähintään kolmen merkin tarkkuudella tai ICPC2-koodia. *Diagnoositarkenteella* voi täsmentää kuvan tietoja silloin, kun kuva on raajojen alueelta, missä anatominen luokitus on epätarkin. Toimenpiteiden yhteydessä tai sen jälkeen otetuissa tai toimenpiteiden suunnitteluun liittyvissä kuvissa voidaan merkitä myös *Toimenpidetarkenne*. Sen avulla saadaan lisätietoa, jos haetaan tiettyihin toimenpiteisiin liittyviä kuvia.

Ks. myös luku 13 Toimenpiteet

12.3.5 Säteilyaltistus

Säteilylle altistavasta toimenpiteestä tulee tallentaa tiedot, joiden perusteella tutkittavalle tai hoidettavalle henkilölle toimenpiteestä aiheutunut säteilyannos voidaan tarvittaessa määrittää (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus säteilyn lääketieteellisestä käytöstä 423/2000). Potilasta koskeviin asiakirjoihin tai tiedostoihin (esimerkiksi sähköiseen potilastietojärjestelmään) on merkittävä myös läpivalaisututkimuksesta ja läpivalaisuohjatusta toimenpiteestä aiheutunut säteilyaltistus (esimerkiksi annoksen ja pinta-alan tulo) silloin, kun laitteessa on säteilyaltistusta osoittava näyttö tai laite. Jos tällaista näyttöä tai laitetta ei ole, on kirjattava sellaiset tiedot, että niiden perusteella voidaan tarvittaessa määrittää potilaalle aiheutunut säteilyaltistus. Osa kuvantamislaitteista tuottaa tiedon sellaisessa muodossa, että se voidaan tallentaa automaattisesti radiologian tietojärjestelmään.

Säteilyannos ja sen yksikkö -kohtaan merkitään natiivi- ja läpivalaisututkimuksista pinta-ala tulo (DAP), mikäli se on saatavilla. Suositeltava mittayksikkö on $\text{mGy} \cdot \text{cm}^2$. Tietokonetomografiatutkimuksista merkitään annoksen ja pituuden tulo (DLP). Isotooppitutkimuksissa kirjaetaan myös käytetty radiolääke ja sen aktiivisuus. Jos säteilyannosta ei voida kirjata tarkasti, voidaan säteilyannos kirjata omaan kenttäänsä tekstimuodossa. Tutkimuskoodin ja säteilyannoksen tietojen perusteella voidaan saada viitteitä paikallisesta säderasituksesta, mutta niiden perusteella ei voi laskea selkeää paikallista säderasitusta. Mikäli säteilyannostietoa ei voi kirjata arvona, tieto kirjataan *Säteilyannos tekstinä* -kenttään. Säteilyannoksen arvioinnin parantamiseksi voidaan merkitä potilaan *Paino* sekä tietoja *Tiedon lähteestä*. Tätä lukua kirjoitettaessa säteilylakiin on tiedossa muutoksia EU-direktiivin 2013/59/EURATOM säädöksiin liittyen. Asian tämänhetkinen yksityiskohtainen ohjeistus on Säteilyturvakeskuksen ST-ohjeessa 3.3, joka on saatavana osoitteessa <http://www.finlex.fi/data/normit/25457-ST3-3.pdf>.

12.3.6 Kuvantamistutkimusten koostetiedot

Tiedonhallintapalvelu kokoaa kuvantamistutkimusten koosteelle (RTGK) eri rekisterinpitäjien Potilastiedon arkistoon eri näkymille toimenpidekoodistolla tallennetut kuvantamistutkimukset. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja, vaan palauttaa haetulla aikavälillä kaikki rakenteisesti kirjatut kuvantamistutkimukset sekä niihin liittyvät pyynnot ja lausunnot potilastietojärjestelmään lukuun ottamatta niiden palvelun antajien tai -tapahtumien tietoja, joiden luovutuksen potilas on kieltänyt.

Suorittamattomien tutkimuksien pyynnot

Muokattava haun aikaväli

Poikkeavan löydöksen merkintä

Kuvantamistutkimusyhteenveto

Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

X

Kuvantamistutkimukset

Ajalta: 1.9.2012 - 31.8.2014

+	Yht	Pyyntö	Tutkimus	Uusin	P/L	Löydös	
...	6	1	Thoraxin natiiviröntgen	15.8.14	P/L	*	
...	1	0	Nenän sivuonteloiden natiiviröntgen, yksi suunta	29.1.13	P/L		
...	1	0	Rintatauhasten laaja natiiviröntgen (mammografia)	7.7.13	P/L		

Hakuvälin tutkimuksien kokonaismäärä

Linkki uuden pyynnön tekoon

Pyynnön ja lausunnon olemassaolo

Kuvio 12. Esimerkki kuvantamistutkimusyhteenvetonäytöltä ja sen selitteistä. (Virkkunen ym. 2016)

13 Toimenpiteet

HYVÄ TIETÄÄ

Toimenpiteet kirjataan THL-Toimenpideluokituksella, jota käytetään yksilöimään terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät toimenpiteet. Toimenpiteen lisätietona voidaan käyttää tietoa toimenpiteen ensisijaisuudesta sekä tekijän roolista. Toimenpiteet luokitellaan vaativiin ja pientoimenpiteisiin, sekä suun toimenpiteisiin, kuvantamistutkimuksiin ja muihin suoritteisiin. Hampaisiin kohdistuvissa toimenpiteissä voidaan lisäksi tarkentaa, mihin hampaaseen ja pintaan toimenpide tehtiin. Komplikaatioiden kirjaamisessa käytetään ICD-10 -luokitusta.

Toimenpiteiden ja niiden tarkennusten kirjaamiseen on käytettävissä useita luokituksia, joita on koottu taulukkoon 11. *THL-Toimenpideluokitus* yksilöi terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät toimenpiteet. Luokitusta käytetään osana potilaskertomuksen keskeisiä terveys-tietoja potilastietojärjestelmissä Kanta-palveluissa, hoitoilmoituksissa (HILMO), hallinnollisissa prosesseissa ja tilastotoimissa sekä kliinisessä tutkimus- ja kehittämistyössä. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut määräyksen (1995:81) sairauden hoidon kulusta tehtävistä potilasasiakirjamerkinnöistä ja toimenpideluokituksen käytöstä niissä.

Toimenpiteiden rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavien koosteiden määrittelyjä on kuvattu tarkemmin julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Koosteiden tietosisällöt on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

Taulukko 11. Potilaan toimenpiteiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
THL – Toimenpideluokitus ¹⁰
AR/YDIN - Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus (Päätoimenpide/ Sivutoimenpide)
THL - Tautiluokitus ICD-10
AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi ¹¹
THL - Toimenpiteen tekijän rooli (ensisijainen - avustava tekijä)
SSR - ICD-O-3-Topografiat
STH - STH01 Hampaiden numerointi
STH - STH03 Hampaan pinnat
AR/YDIN - Riskityyppi ¹¹ , AR/YDIN - Riskitiedon aste ¹¹ , AR/YDIN - Pysyvyys ¹¹

¹⁰ Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus (SPAT) yhdistettiin THL-Toimenpideluokitukseen 11/2017. Toimenpideluokitukseen sisältyy myös Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus ja Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus

¹¹ tehty siltaus THL-toimenpideluokitukseen 6/2016

13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen

Potilaalle tehty toimenpiteet kirjataan potilastietojärjestelmiin (ja muihin, esimerkiksi leikkausosaston tai poliklinikan, erillistietojärjestelmiin) *THL-Toimenpideluokituksella*. Toimenpideluokituksen ja lisäkoodien käyttöä kuvataan tarkemmin julkaisussa THL-Toimenpideluokitus (2013). Lisäksi suun terveydenhuollon toimenpiteet on kuvattu julkaisussa Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus 2016. Radiologian tutkimus- ja toimenpideluokituksen käytöstä löytyy lisätietoa osoitteessa <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/radiologinen-tutkimus-ja-toimenpideluokitus>.

Keskeisiä tietoja ovat: *Toimenpiteen nimi ja koodi(t)*, *Toimenpiteen tarkentimet* (tunnus ja tyyppi), *Toimenpiteen tekijän tiedot* sekä *Toimenpiteen päivämäärä*. Toimenpiteen lisämääreenä on toimenpiteen ensisijaisuus, jonka ilmaisemisessa hyödynnetään AR/YDIN - *Diagnoosin ja toimenpiteen ensisijaisuus* - koodistoa (päätoimenpide/ sivutoimenpide). Kun kyseessä on hampaaseen kohdistuva toimenpide, toimenpidekoodiin lisätään hammas ja hampaan pinnat, johon toimenpide kohdistuu.

Toimenpiteen nimi on oletusarvoisesti toimenpidekoodin mukainen nimi, mutta tekstiä voi vapaasti muuttaa ja toimenpiteen nimi tallennetaan käyttäjän muokkaamassa muodossa. *Toimenpidetyyppi* tulee kirjaukseen automaattisesti *THL - Toimenpideluokituksesta* valitun toimenpidekoodin perusteella. Kirjaaja voi tarvittaessa muuttaa tyypin oletusarvoa.

Toimenpiteet eritellään *Toimenpiteen tyyppi*-luokituksella

- vaativiin toimenpiteisiin
 - leikkaukset, suuret tähystykset ja muut toimenpiteet, jotka yleensä tehdään niitä varten rakennetuissa tiloissa, esimerkiksi polven tähystys
- suun toimenpiteisiin
 - hampaiden tai muiden suun kudosten toimenpiteet, jotka pääsääntöisesti tekee suun terveydenhuollon ammattihenkilö
- pientoimenpiteisiin
 - pienet tähystykset ja muut toimenpiteet, jotka pääsääntöisesti voidaan suorittaa normaaleissa vastaanottotiloissa, esimerkiksi vierasesineen poistaminen nenästä
 - pientoimenpiteet eivät sisällä hampaisiin tai suuhun kohdistuvia, pääsääntöisesti hammaslääkärin, suuhygienistin, hammashoitajan tai erikoishammaslääkärin tekemiä toimenpiteitä
- kuvantamistutkimuksiin
 - toimenpidekoodistolla kuvatut kuvantamistutkimukset, joihin ei sisälly vaativaa toimenpidettä tai pientoimenpidettä
- muihin suoritteisiin
 - pienet suoritteet, joilla itsellään ei ole oleellista hoidollista vaikutusta, esimerkiksi laskimokanyylin asettaminen

Käyttäjä ottaa pääsääntöisesti kantaa Toimenpiteen ensisijaisuuteen. Mikäli käyttäjä ei tietoa erikseen kirjaa, merkitään ensimmäiseksi kirjattu toimenpide päätoimenpiteeksi. Kussakin merkinnässä vain yksi toimenpide voi olla päätoimenpide. Oletuksena toimenpidepäiväksi on kirjausten päivä. Samoin toimenpiteen tekijäksi tulee oletustietona merkinnän tekijä, hänen organisaationsa ja yksikkönsä. Toimenpiteen tekijän rooliksi tulee oletustietona, että ensimmäiseksi kirjattu tekijä on *Ensisijainen toimenpiteen tekijä* ja seuraavilla *Avustava toimenpiteen tekijä*.

Useamman kuin yhden tekijän kirjaaminen toimenpiteelle on mahdollista muuttamalla *Toimenpiteen tekijän* tiedot toistuvaksi ja lisäämällä tietosisältöön *Toimenpiteen tekijän rooli*, joka kirjataan käyttäen luokitusta *THL-Toimenpiteen tekijän rooli*. Tässä vaiheessa voi merkitä vain toimenpiteen tekijöitä, joiden rooli on joko *Ensisijainen toimenpiteen tekijä* tai *Avustava toimenpiteen tekijä*.

menpiteen tekijä. Jatkossa selvitetään myös muiden toimenpiteeseen osallistujien potilaskertomukseen kirjaamisen merkitystä.

Jos toimenpiteessä ilmenee komplikaatioita, kuvataan komplikaatio sanallisesti ja komplikaation diagnoosi kirjataan ICD-10-luokituksella esimerkiksi seuraavasti: * Toimenpiteen komplikaation kuvaus: Infektio * Komplikaation koodi T81.4, Muu toimenpiteen jälkeinen infektio.

Ks. myös luvut 12 Tutkimukset ja mittaukset, 14 Lääkehoito ja 15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset

13.2 Toimenpiteiden kooste, toimenpidekertomus ja yhteenvetotiedot

Tiedonhallintapalvelu kokoaa ja palauttaa käyttäjälle näytettäväksi toimenpiteiden rakenteisen tietosisällön Toimenpiteiden koosteena (TMPK). Toimenpiteiden koosteella näytetään vain AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi - luokituksen mukaiset Vaativat toimenpiteet, Pientoimenpiteet ja Suun toimenpiteet. Toimenpiteen tulee olla toteutunut (toimenpiteen tila= tapahtunut). Suunnitelmien kertomuskirjauksia ei koosteella näytetä. Ks. kuvio 13.

Tiedonhallintapalvelu kokoaa tiedot koosteelle eri rekisterinpitäjien jatkuvan kertomuksen näkyviin tehdyistä rakenteisista toimenpidemerkinnoista. Lomakkeilta, kuten todistuksista, tai erilliseltä paikalliselta toimenpiteiden näkymältä tietoja ei kerätä mahdollisten päällekkäistietojen välttämiseksi. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi toimenpiteitä, vaan palauttaa haun mukaisesti kaikki em. toimenpidemerkinnot lukuun ottamatta niiden palvelunantajien tai palvelutapahtumien merkintöjä, joiden luovutuksen potilas on rajannut kielloin. Jos potilaalle erittäin merkityksellisiä aiempia toimenpiteitä halutaan huomioiduksi Toimenpidekoosteelle, ne tulee kirjata erikseen, uutena rakenteisena tietona alkuperäisellä toimenpidepäivällä esimerkiksi kertomukseen *Esitiedot* -otsikon alle.

Toimenpideyhteenvedo						
Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014						
Toimenpiteet Näytä myös:			Hammastmp:t	Pien tmp:t	Suodata toistuvat tmp:t	
+	Yht	Pvm	TMP-koodi	Toimenpiteen nimi	Poimi	
...	3	7.11.03 - 7.7.04	DCA20	Tympanostomia/putki	...	
...		8.8.05	EMB10	Nielurisaleikkaus	...	
...		7.7.04	EMB30	Kitarisaleikkaus	...	
...		3.5.04	JEA00	Umpilisäkkeen poisto	...	
Hammastoimenpiteet Suodata toistuvat suun tmp:t						
+	Yht	Pvm	TMP-koodi	Toimenpiteen nimi	Poimi	
...	9	15.8.13 - 7.2.14	SFA20	Kahden pinnan täyte	...	
...		8.12.13	SGA03	Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus, va	...	
Pientoimenpiteet Suodata toistuvat pientmp:t						
+	Yht	Pvm	TMP-koodi	Toimenpiteen nimi	Poimi	
...	4	15.8.09 - 7.2.11	TDM10	Poskiontelun punktio	...	

Kuvio 13. Esimerkki toimenpiteiden yhteenvedosta, jossa eri toimenpiteet voidaan näyttää erillisinä listoina. (Virkkunen ym. 2016)

Toimenpiteestä laaditaan lisäksi OPER-lisänäkymälle toimenpidekertomus, jossa tulee olla riittävän yksityiskohtainen kuvaus toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä ha-

vainnoista. Toimenpidekertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille uusissa tilanteissa (ks. Potilasasiakirja-asetus 298/2009).

Pääsääntöisesti toimenpiteet kirjataan potilaskertomukseen rakenteisesti silloin, kun ne tehdään. Jos esimerkiksi Loppuarviossa (epikriisissä) tehdyt toimenpiteet kuitenkin kirjataan uudelleen, ne tulee kopioida varsinaisesta toimenpiteestä. Näin toimenpiteen yksilöivän tunnisteen avulla pystyy myös päättelemään, että kyse ei ole uudelleen tehdystä toimenpiteestä. Jos kyse on uudesta toimenpiteestä, tulee sille antaa myös uusi tunnus eli tehdä siitä oma, uusi kirjaus.

13.3 Toimenpiteisiin liittyvät valokuvat ja muut kuvat

Näkyvän valon kuvia, kuten valokuvia, voidaan ottaa mm. tähystysten ja toimenpiteiden yhteydessä tai tavanomaisen potilaskäynnin yhteydessä. Potilaasta voidaan tehdä myös piirroksia. Näin syntyvät kuvat voidaan tallentaa samaan arkistoon radiologian kuvien kanssa tai omaan arkistoonsa. Arkistointia varten kuvien koodauksessa käytetään *THL-Toimenpideluokitusta* radiologian tutkimusten tapaan. Jos esimerkiksi tähystyksen yhteydessä otetaan kuvia, ne tallennetaan tähystystoimenpiteen koodilla ja toimenpiteen tarkenteilla.

Myös todettu tai oletettu diagnoosi voidaan merkitä lisäkoodiksi tarkentamaan kuvaa. Tarkentimena käytetään ICD-10 -diagnoosikoodia vähintään kolmen merkin tarkkuudella tai ICPC2-koodia. Näin kuvien hakuja voidaan tehdä henkilötietojen ja toimenpidekoodin lisäksi myös diagnoosin ja/tai sijainnin perusteella.

Ks. myös luku 12 Tutkimukset ja mittaukset -> 12.3.4 Näkyvän valon kuvat.

14 Lääkehoito

HYVÄ TIETÄÄ

Lääkityksen perustietoja ovat lääkkeen nimi, määrä, lääkekuoto, kerta- ja vuorokausiannos, antotapa, antoajankohta sekä lääkkeen antajan ja lääkkeen määrääjän nimi. Näiden tietojen lisäksi lääkehoidon kirjaamista voidaan tarkentaa rakenteisesti kirjaamalla tietoja lääkehoidon luokitusten avulla tai vapaana tekstinä. Valtakunnallinen lääkityslista tulee käyttöön oletettavasti vuonna 2022. Ennen valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönottoa lääkemerkinnot kirjaetaan potilastietojärjestelmän lääkitysosioon (LÄÄ-näkymälle) ja voimassa oleva lääkitys VLÄÄ-näkymälle. VLÄÄ-näkymän tiedot näytetään myös kansalaiselle Omakanta-palvelussa. Valtakunnallisen lääkityslistan kehittämisen myötä tätä Rakenteisen kirjaamisen oppaan Lääkehoidon lukua tullaan täydentämään määrittelyiden ja aikataulujen valmistuttua.

Potilaan lääkitykseen liittyviä tietoja voidaan kirjata sekä rakenteisesti että vapaamuotoisena tekstinä. Rakenteisessa kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 12.

Taulukko 12. Potilaan lääkehoidon kirjaamiseen käytettäviä tärkeitä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Huom.
THL - Valmisteen laji	
THL - Tautiluokitus ICD-10	
Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus	
THL - Toimenpideluokitus	
THL - Lääkehoidon muutoksen syy	
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantoreitti	
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantopaikka	
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantotapa	
THL - Tiedon lähde	
THL - Lääkitystarkistuksen tyyppi	tulee käyttöön 2. vaiheessa

14.1 Lääkitystiedot ja niiden kehittäminen 2015–2022

Potilastietojärjestelmissä näytettävä Reseptikeskuksen tietoihin pohjautuva valtakunnallinen reseptilääkkeiden lääkityslista tulee käyttöön vuoden 2020 aikana ja myös muun lääkityksen kattava kokonaislääkityslista oletettavasti vuoden 2022 aikana.

Valtakunnallisen lääkityslistan kehittäminen ja toteutus on jaettu kahteen vaiheeseen. Lääkityslistan **ensimmäisen** vaiheen käyttöönottoa tavoitellaan vuoden 2020 alusta alkaen. Ensimmäisessä vaiheessa lääkityslista perustuu reseptien tietoihin ja sisältää avohoidon lääkityksen. Käyttöön tulevat myös rakenteinen annostus ja lääkkeen yksilöivä tunniste, jonka avulla voidaan seurata lääkekohtaisesti potilaan lääkityksen muutoksia.

Valtakunnallisen lääkityslistan toimeenpanon **toisessa** vaiheessa lääkityslista sisältää tavoitetilan mukaan myös osastohoitolääkityksen sekä potilaan reseptivapaat lääkitykset. Toisessa vaiheessa voidaan kirjata myös lääkehoidon toteuttamista, kuten lääkkeen antokirjauksia. Tässä vaiheessa mahdollistuu myös lääkityksen tarkistusmerkintöjen kirjaaminen. Lääkityslistan toisen vaiheen toteutuksen valmistuessa voidaan seurata potilaan kokonaislääkitystä.

Valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönoton myötä lääkitystiedon kirjaaminen muuttuu merkittävästi ja muun muassa voimassa olevan lääkehoidon (VLÄÄ) näkymän käyttö lopetetaan. Siihen saakka lääkitysmerkinnät kirjataan potilastietojärjestelmissä lääkitysmerkintöjen 2011 CDA-määrittysten mukaisesti kuvatulla tavalla (Kanta 2011).

Ennen valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönottoa yksittäiset rakenteiset lääkemerkinnot kirjataan tietojärjestelmän lääkitysosioon, josta merkinnät tallentuvat LÄÄ-näkymälle. Sen lisäksi hoitokäynnin tai osastohoitajakson päättyessä voimassa oleva lääkitys tallennetaan VLÄÄ-näkymälle. Voimassa olevan lääkehoidon näkymää (VLÄÄ) voidaan päivittää myös avohoidon käyntien yhteydessä. VLÄÄ-näkymä voidaan liittää esimerkiksi läheteeseen tai hoitopalautteeseen.

VLÄÄ-näkymän tarkoituksena on välittää terveydenhuollon ammattihenkilöille ja hoidettavalle potilaalle tieto potilaan voimassa olevasta lääkityksestä. Voimassa olevan lääkityksen listaus käsittää potilaan jatkuvat ja määräaikaista lääkkeitä, jotka ovat käytössä merkinnän tekoheikellä. VLÄÄ-näkymä mahdollistaa potilastietojärjestelmässä erillisen lääkitysyhteenvedon tekemisen. Yhteenvedotieto voidaan siirtää esimerkiksi jatkohoitopaikkaan, mikä edistää lääkitystietojen hallintaa, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. Tämän vuoksi siirron yhteydessä voimassa olevan lääkityksen lista tulisi tallentaa välittömästi Potilastiedon arkistoon, jotta se on myös toisen hoitoon osallistuvan organisaation hyödynnettävissä.

LÄÄ- ja VLÄÄ-näkymien tietoja ei Potilastiedon arkistosta pystytä hyödyntämään rakenteisina, vaan ainoastaan näyttömuotoisina. Koska potilastietojärjestelmät voivat muodostaa VLÄÄ-näkymän tiedot automaattisesti lääkehoito-osion tiedoista puutteelliseen tai jopa virheelliseen tietoon perustuen, tulee käyttäjän aina tarkistaa Potilastiedon arkistoon tallennettavat VLÄÄ-näkymän tiedot ennen arkistointia.

Omakanta -palvelu näyttää potilaalle VLÄÄ - näkymälle tallennetut tiedot. LÄÄ-näkymää ei näytetä Omakannassa.

14.2 Lääkitysmerkintöjen kirjaaminen

Lääkkeiden määräys- ja antomerkintöihin tulee potilasasiakirjoissa kirjata määräämisen ja antamisen osalta lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos sekä antopaikka, antoajankohta sekä lääkkeen antajan nimi ja lääkkeen määrännyt lääkäri, jos kyse on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä.

Tässä rakenteisen kirjaamisen oppaan versiossa kuvataan rakenteisen lääkemerkinnot tekeminen 2020–2022 käyttöön otettavaksi suunnitellun reseptiuudistuksen mukaisesti. Silloin lääkityksen rakenteinen kirjaaminen päivittyy merkittävästi ja lääkevalmisteiden tiedot saa-

daan pääasiallisesti järjestelmän tuottamana Kelan ylläpitämästä Lääketietokannasta. Rakenteinen lääkemerkintä ja resepti myös yhtenäistetään sisällöllisesti niin, etteivät reseptin tiedot vaadi käyttäjältä uudelleen kirjaamista, vaan potilastietojärjestelmä voi tuottaa lääkkeen määräysmerkinnän ja reseptin yhdellä kirjauksella. Reseptin tuottamista on kuvattu lääkemerkinnän toiminnallisen määrittelyn yhteydessä (Mäkelä-Bengs ym. 2015).

14.2.1 Lääkkeen määrääjän tiedot

Potilastietojärjestelmä tuottaa lääkemerkintään lääkkeen määrääjän tiedot, joita käyttäjä voi tarvittaessa muokata. Lääkkeen määrääjän tiedot koostuvat muun muassa rekisteröintinumeroista, yksilöintitunnisteesta (aik. SV-numero), nimestä, lääkärin erikoisalasta ja virka-, tehtävä- tai toimitiedosta, ammattioikeustiedosta sekä lääkkeen määrääjän palveluyksikkötiedoista. Lääkärin lisäksi myös rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavalla sairaanhoitajalla tai opiskelijalla on käytössä yksilöintitunniste.

Lääkkeen määrääjä kirjaa lääkemääräyksen aina lääkehoito-osioon. Lääkkeen määräämisajankohta ilmaistaan päivämäärällä. Jokaisesta lääkkeen kirjauksesta syntyy uusi lääkkeen määräysmerkintä, mutta kirjaaja voi käyttää aikaisempaa merkintää (tai lääkityslistaa) pohjana uuden merkinnän tekemiseen. Kirjaaja voi tarvittaessa tehdä saman merkinnän tietojen perusteella myös reseptin.

Kun lääkkeen määrääjä ja merkinnän kirjaaja ovat eri henkilöitä, molemmista jää tieto merkintään. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi lääkkeen annostuksen muutosten kirjaaminen ja puhelimitse määrättyjen lääkkeiden kirjaaminen sairaanhoitajan toimesta. Sairaanhoitajalla on oikeus kirjata lääkehoidon tietoja lääkkeen määrääjän puolesta kertomukseen, mutta sairaanhoitaja ei voi tehdä muutoksia Reseptikeskukseen, esimerkiksi reseptin korjausta, ellei hänellä ole lääkkeenmääräämisoikeutta kyseiseen lääkkeeseen.

14.2.2 Lääkkeen perustiedot

Lääkkeen kirjaaminen sisältää aloittamis-, anto-, muuttamis- ja lopettamispäivämäärien merkinnät. Potilastietojärjestelmä tuottaa tavallisesti päivämäärätiedon merkinnän tekoajankohdan perusteella, jolloin käyttäjän ei tarvitse muokata niitä käsin. Järjestelmä tuottaa oletusarvot myös lääkemerkinnän teknisiin luokituksiin sekä täyttää määräyspäivämäärän automaattisesti.

Lääkkeen määrääjä voi tarvittaessa muokata *Lääkemerkinnän tyyppiä*, joka kertoo onko kyseessä lääkkeen määräysmerkintä vai antomerkintä. Antomerkintä voidaan kirjata vain, kun lääkkeestä on jo olemassa määräysmerkintä.

Lääkevalmisteen määrääminen

Lääkevalmisteen kaupp nimi tai vaikuttava aine ja ATC-koodi

Lääkevalmisteen kaupp nimi tuodaan Lääketietokannasta. Kun käyttäjä valitsee lääkevalmisteen kaupp nimen tai vaikuttavan aineen, potilastietojärjestelmä täydentää kirjausta automaattisesti Lääketietokannassa olevien tietojen pohjalta. Näihin tietoihin sisältyy muun muassa valmisteen laji, lääkevalmisteen ATC-koodi, valmisteen nimi, vahvuus ja vahvuuden yksikkö, lääkemuoto, lääkkeenantoreitti, lääkepakkauksen tunniste (VNR-numero), pakkauskoko ja pakkauskoon yksikkö, pakkauskokokerroin, pakkauskoko tekstinä, säilytysastia, sekä valmis-

teen lisätieto, onko kyseessä PKV-lääke tai huume, veri- tai plasmavalmiste tai lisäseurantaa vaativa lääke. Käyttäjä voi muokata näistä tiedoista tarvittaessa *Lääkkeenantoreitti*-tietoa. Lääketietokannassa on tieto siitä, jos valmisteella ei ole ATC-koodia, esimerkiksi perusvoiteet. Kun lääkkeen määrääjä määrää lääkevalmistetta vaikuttavan aineen perusteella, hän valitsee itse vaikuttavan aineen ja lääkkeen tiedot haetaan Lääketietokannasta vaikuttavan aineen perusteella.

Lääkkeen koostumus, muoto ja vahvuus

Lääketietokanta tuottaa lääkevalmisteille vahvuuden ja vahvuuden yksikön tekstinä. Kun kyseessä on myyntiluvallinen lääkevalmiste, määräaikainen erityislupavalmiste tai vaikuttavan aineen nimellä määrätty lääke, käyttäjä kirjaa itse vahvuuden ja vahvuuden yksikön, ellei tietoa saada Lääketietokannasta. Lääkemuoto saadaan Lääketietokannan tiedoista. Käyttäjä voi täydentää tietoa tarvittaessa *Lääkkeenantoreitillä* ja *Lääkkeenantotavalla*. Aineen määrä ja määrän yksikkö kirjataan erikseen, jos sitä ei saada valmiina Lääketietokannasta. Silloin kun tieto tuodaan Lääketietokannasta, käyttäjän ei tarvitse muokata sitä.

Lääketietokannan ulkopuolisen lääkkeen määrääminen

Kun kyseessä on apteekissa valmistettava lääke, tutkimuslääke tai potilaskohtainen erityislupavalmiste, ei lääkkeen tietoja voi hakea suoraan lääketietokannasta, vaan käyttäjän on itse kirjattava lääkkeen tiedot toistaiseksi tekstimuodossa. Jatkossa lääkkeiden koostumus on mahdollista kirjata rakenteisesti. Jos apteekissa valmistettava lääke sisältää ainesosina Lääketietokannassa olevia lääkkeitä, niiden tietoja voidaan poimia Lääketietokannasta. Myös apteekissa valmistettavan lääkkeen ohjeenmukainen kokonaismäärä ja määrän yksikkö kirjataan rakenteisesti. Valmistusohje kirjataan vapaamuotoisena tekstinä. Koostumuksen rakenteisen kirjaamisen ohjeistusta tarkennetaan myöhemmässä vaiheessa.

14.2.3 Lääkeannos

Lääkkeen annostus kirjataan pääsääntöisesti rakenteisessa muodossa. Lääkkeen annostus voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä, jos sen kirjaaminen rakenteisesti ei ole mahdollista. Rakenteisen annostuksen kirjaamista on kuvattu tarkemmin lääkemerkinän toiminnallisen määrittelyn yhteydessä (Mäkelä-Bengs ym. 2015).

14.2.4 Lääkepakkaus ja määrätty määrä

Lääkepakkauksen tuotenumero ja määrätty määrä eivät ole pakollisia tietoja, ellei samalla tehdä reseptiä. Lääkettä voidaan määrätä pakkauskoon ja pakkausten lukumäärän avulla, lääkkeen kokonaismäärällä tai ajanjakson perusteella. Lääkepakkauksen tuotenumero eli VNR-koodi mahdollistaa yksittäisen lääkepakkauksen luotettavan tunnistamisen kaikissa toimitus- ja jakeluvaiheissa. Lääkepakkauksen tuotenumero saadaan Lääketietokannasta. Myös pakkaustiedot saadaan suoraan Lääketietokannasta, ja reseptiä tehtäessä kirjaajan ei tarvitse niitä erikseen syöttää merkintään.

14.2.5 Käyttötarkoitus

Lääkkeen määrääjä kirjaa lääkkeen käytön syyn rakenteisesti ja vapaamuotoisena tekstinä. Lääkkeen käyttötarkoitus kirjataan rakenteisena tietona joko luokituksella ICD-10 tai ICPC-2. Reseptille viedään vain vapaana tekstinä kirjattu käyttötarkoitus.

14.2.6 Lääkkeen muuttaminen

Kirjaaja merkitsee lääkkeen muutoksen tai lopettamisen syyn rakenteisesti luokituksella *Lääkehoidon muutoksen syy*. Lääkkeen muutoksen tai lopettamisen syytä voidaan tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä. Luokituksessa on valittavissa kahdeksan syykoodia:

- määräaikainen lääke
- lääkkeen tarve on päättynyt
- lääkkeen haittavaikutus
- muu lääkkeen muutos
- terveydentilan muutos
- tekninen syy
- potilaan antamat virheelliset tiedot tai pakottaminen
- muu syy

Järjestelmä tuottaa lääkkeen päättymisen syyksi kirjauksen *Määräaikainen lääke*, kun lääkkeen käytön päättymispäivämäärä on kirjattu jo lääkettä määrätessä. Kun jatkuvan lääkkeen tarve päättyy - esimerkiksi verenpainetauti pysyy hallinnassa elintapamuutoksilla - lääkkeen muutoksen (lääkkeen lopettamisen) syynä on *Lääkkeen tarve on päättynyt*. *Lääkkeen haittavaikutus* kirjataan syyksi, kun lääkkeen muutoksen syynä on lääkkeen potilaalle aiheuttama lisätauti, esimerkiksi amiodaronin aiheuttama näköhermotulehdus, tai muu sivuvaikutus. Kirjaaja valitsee syyksi *Muu lääkkeen muutos*, esimerkiksi kun lääkkeellä on riittämätön hoitovaste ja sen vuoksi annostusta muutetaan. *Terveydentilan muutos* valitaan syyksi, kun lääkettä muutetaan muun sairauden kuin lääkkeen käyttötarkoituksen vuoksi. Lisäksi kirjaaja voi merkitä tämän syyn avulla muuhun sairauteen liittyvän hoidon vaatimat muutokset potilaan lääkkeeseen, esimerkiksi infektion jälkeinen munuaiskerästulehdus ja siihen liittyvä munuaisten vajaatoiminta.

Tekninen syy -luokkaa käytetään, kun kyseessä on virheellinen resepti, esimerkiksi kun resepti on laadittu väärälle potilaalle (reseptin mitätöinti). *Potilaan antamat virheelliset tiedot tai pakottaminen* on syy, joka kirjataan, kun käyttäjä mitätöi reseptin potilaan antamien väärin tietojen tai pakottamisen vuoksi. Kirjaaja voi valita myös luokan *Muu syy*. Muun syyn valinta edellyttää, että kirjaaja perustelee syyn vapaamuotoisena tekstinä. Vapaamuotoista perustelua voi tarvittaessa käyttää myös muiden syiden kanssa.

Kun lääkehoidon muutoksen tai lopettamisen syyn kirjaamisessa hyödynnetään koodistoa, kirjaus mahdollistaa paremmin päätöksenteon tuen tarkastukset ja järjestelmätason automaattiset varoitukset uusia lääkemääräyksiä annettaessa.

14.2.7 Lääkkeen haittavaikutus

Lääkkeeseen liittyneet haittavaikutukset kirjataan kertomukseen ICD-10 tautiluokituksen avulla silloin kun lääkkeen käyttöön tehdään muutoksia haittavaikutuksen vuoksi. Mikäli haittavaikutus ei aiheuta muutoksia lääkityksessä, ei sitä kirjata lääkemerkitään. Kun haittavaikutusta kuvaava diagnoosikoodi on ICD-10 -luokituksessa välillä S00 - T98 (Tautiluokitus ICD-10, 2011, luku 19), käyttäjä kirjaa myös ulkoisen syyn koodin. Haittavaikutusten kirjaaminen lääkitysosioon ei poista erillisen haittavaikutusilmoituksen tekovelvollisuutta. Kehittyneissä järjestelmissä voidaankin rakentaa automatiikkaa haittavaikutusilmoituksen tuottamisen avustamiseksi, kun lääkemerkitään kirjataan lääkkeen haittavaikutus. Lääkkeen haittavaikutuksen kirjaaminen lääkemerkitään koodilla T88.7# tulisi avata järjestelmässä Fimean haittavaikutusilmoituslomakkeen, johon yllämainitut diagnoosit tuotetaan, sekä tuottaa haittavaikutus-

diagnoosi diagnoosilistaan. Lääkehoidosta johtuvien haittavaikutuksien kirjaamista on tarkemmin kuvattu Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa (Komulainen 2012).

14.2.8. Lääkkeeseen liittyvät riskitiedot kirjaukset

Kun käyttäjä kirjaa lääkkeen haittavaikutuksen, hänen tulee harkita asian kirjaamista myös potilaan riskitietoihin. Erityisesti silloin, kun haittavaikutuksesta on aiheutunut potilaalle muuta hoitoa vaativa oire tai sairaus tai henkeä uhkaava tila, merkintä tehdään aina myös riskitietoihin (ks. tarkemmin Komulainen 2012 ja luku 10 Riskitiedot). Järjestelmässä tuotettujen varoitusten tulisi lääkityksen osalta perustua paitsi haittavaikutuksen tai allergisen reaktion aiheuttamiseen lääkkeeseen, myös vaikutusmekanismiltaan tai kemialliselta rakenteeltaan sitä muistuttaviin lääkkeisiin, jotka voivat aiheuttaa saman haittavaikutuksen tai reaktion.

14.2.9 Lääkkeen vaihdettavuus

Lääkkeen vaihdettavuus on reseptin tekemiseen liittyvä tieto, joka ilmaisee, voidaanko lääke vaihtaa apteekissa rinnakkaisvalmistukseen. Lääkkeen määrääjä voi kirjata lääkkeen vaihtokiellon kyllä/ei-arvoisella valinnalla. Lääkkeen määrääjä perustelee lisäksi kertomusmerkintään lääkkeenvaihtokiellon syyn.

14.2.10 Tiedon lähde

Lääkitykseen liittyvä tieto voi olla peräisin esimerkiksi potilaalta itseltään. Tavanomaista on, että esimerkiksi tulotilanteessa sairaanhoitaja voi haastatella potilasta ja kirjata sen perusteella potilaan sen hetkistä lääkitystä. Tällöin merkinnän tekijä kirjaa tiedon lähteen koodistolla *THL - Tiedon lähde*. Kun tieto saadaan esimerkiksi potilaan omaisilta, valitaan koodistosta kyseinen arvo kuvaamaan tiedon lähdetä. Tiedon lähteen avulla kertomusmerkintään voidaan kirjata myös potilaan itsehoitolääkkeitä.

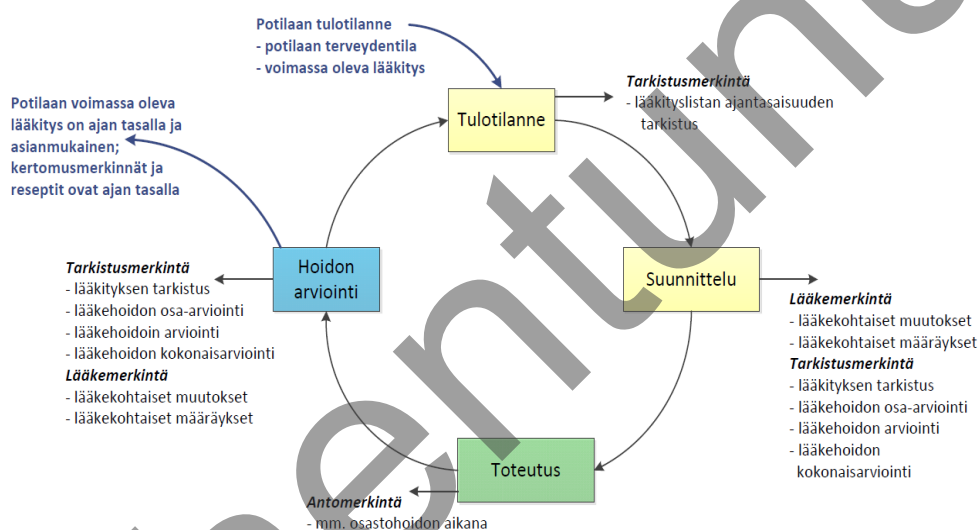
14.2.11 Lääkkeen antokirjaus

Lääkkeen antokirjaus perustuu aina lääkkeen määräämismerkintään¹². Lääkkeen antoon liittyvät tiedot, kuten päiväys ja lääkkeen antaja muodostetaan automaattisesti järjestelmässä osaksi merkintää. Antokirjauksen tekijän ei tarvitse muokata kuin ne tiedot, jotka lääkkeen annon yhteydessä muuttuvat, esimerkiksi jos annos poikkeaa määrätystä. Lääkeinfuusioista voidaan kirjata infuusionopeus, kokonaisaika ja kokonaisvolyymi. Vastaavaa rakennetta voidaan käyttää laskimonsisäistä nestehoitoa kirjattaessa. Potilastietojärjestelmät voivat kuitata automaattisesti lääkityslistalla olevat saman antokerran lääkkeet annetuiksi. Lääkityslistasta poikkeavat lääkkeenannot sekä tarvittaessa annetut lääkkeet kirjataan erikseen.

¹² Joissain tilanteissa, esimerkiksi elvytystilanteissa, potilastietojärjestelmä voi tuottaa määräysmerkinnän samalla kirjauksella kuin antomerkinnän. Ominaisuutta tarvitaan mm. erillisjärjestelmissä, kuten ensihoitokertomuksessa.

14.3 Lääkityksen tarkistaminen

Lääkitysmerkinnät tallennetaan hoitoprosessin eri vaiheissa (ks. kuvio 14). Hoidon suunnittelua lääkityksen kannalta ovat esimerkiksi voimassaolevan lääkityksen selvittäminen osana esitietoja ja hoidon toteutusta ovat esimerkiksi lääkkeen antokirjaukset. Hoitaja voi tarkistaa potilaan lääkityslistan ajantasaisuuden, kun hän selvittää voimassaolevaa lääkitystä, mutta vain lääkäri voi tarkistaa potilaan lääkityksen asianmukaisuuden. Lääkityksen tarkistuskirjauten tallentaminen Kantaan tulee käyttöön vasta lääkitysprojektin 2. vaiheessa.



Kuvio 14. Lääkehoidon prosessi, jossa erottuvat eri lääkemerkinnät.

14.3.1 Osittainen lääkityksen tarkistaminen

Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistaminen

Lääkkeiden ajantasaisuuden tarkistuksen voi tehdä kuka tahansa terveydenhuollon ammattihenkilö yhdessä potilaan kanssa. Potilaalta tarkistetaan, käyttäväkö tämä lääkkeitä siten, kuin lääkityslistan mukaan on määrätty. Jos lääkkeen käyttö on määräyksen mukaista, tarkistaja kirjaa tarkistusmerkintään vain *Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistuspäivämäärän*. Jos lääkkeen käyttö poikkeaa määrätystä tai sen suhteen on jotain epäselvää, tarkistaja kirjaa huomionsa *Tarkistusmerkinnän lisätieto* - kenttään, esimerkiksi ”Potilas käyttää vain 1x1”, ja merkitsee lisäksi tarvittaessa *Edellyttää lääkärin arviointia tai muutosta*. Jos potilas ilmoittaa käyttävänsä lääkkeitä, joita lääkityslistalla ei ole, kirjataan ne potilaan kertoman mukaisesti uusina itsehoitolääkkeinä (Lääkemääräyksen laji = *Itsehoitolääke*). Lääkäri voi myöhemmin arvioida, tulisiko ne määrätä avohoitolääkkeiksi. Ajantasaisuuden tarkistus tehdään yleensä koko lääkityslistaan (joka lääkkeelle erikseen), mutta sen voi tehdä myös vain osalle lääkkeistä. Kaikille tarkistetuille lääkkeille kirjataan *Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistuspäivämäärä*. Huomiot kirjataan vain niille lääkkeille, joille se on tarpeen.

Lääkkeen asianmukaisuuden tarkistaminen

Lääkäri tarkistaa, onko lääkkeen käyttö ja annostus potilaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaista ja että lääke sopii yhteen muun lääkityksen kanssa sekä tekee tarvittavat muutokset lääkkeeseen. Kun lääkemääräys on asianmukainen, lääkäri kirjaa määräykselle *Lääkkeen asianmukaisuuden tarkistuspäivämäärän*. Jos lääke edellyttää myöhemmin tehtävää lisäarviointia, voi lääkäri kirjata tiedon siitä *Edellyttää lääkärin arviointia tai muutosta* - kenttään ja tarkentaa tietoa *Tarkistusmerkinnän lisätieto* - kenttään, esimerkiksi "Annostusta arvioitava 1 kk käytön jälkeen". Lääkäri voi tehdä lääkkeen asianmukaisuuden tarkistuksen koko lääkitykselle (joka lääkkeelle erikseen) tai vain osalle lääkkeitä. Esimerkiksi silmälääkäri voi merkitä potilaan glaukooman hoitoon käytettävien silmälääkkeiden tietoihin tarkistuspäivämäärän, kun hän on tarkistanut näiden lääkkeiden sopivuuden ja tarpeellisuuden potilaan glaukooman hoidossa ottamatta kantaa muuhun lääkitykseen. Yksittäisen lääkkeen tarkistusmerkinnät luovat aina uuden määräysmerkinnän kertomukseen jokaisesta tarkistetusta lääkkeestä.

14.3.2 Kokonaislääkityksen tarkistaminen

Lääkekohtaisesti tehtävien tarkistusmerkintöjen lisäksi voidaan tehdä erillinen kokonaisvaltaisempi lääkityksen tarkistusmerkintä omalla rakenteellaan. Erilliset lääkityksen tarkistusmerkinnät myös näytetään omana kokonaisuutenaan erillään varsinaisesta lääkityslistasta, mutta lääkityslistalla näytetään, milloin potilaalle on tehty viimeisin kokonaislääkityksen tarkistus. Oletusarvoisesti erillinen lääkityksen tarkistusmerkintä tehdään potilaan koko voimassaolevaan lääkityslistaan, mutta se voidaan tehdä myös vain osaan lääkityksestä. Tarkistusmerkintään kirjataan tarkistuspäivämäärä, tarkistukseen osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt tunnistetietoineen sekä minkä tyyppisestä tarkistuksesta on kyse. Tarkistetut lääkkeet ja niiden annostus kirjataan lääkekohtaisesti lääkityslistan tietojen perusteella. Jos tarkistusta ei tehdä koko lääkitykseen lääkityslistalta, valitaan ne lääkkeet, jotka tarkistetaan (tai poimitaan pois ne lääkkeet, joita ei tarkisteta). Merkinnälle voidaan lisäksi kirjata lääkekohtaisesti, jos lääke *Edellyttää lääkärin arviointia tai muutosta* sekä *Ehdotus lääkkeen muutokseksi*. Lääkekohtaisten tietojen lisäksi erilliselle lääkityksen tarkistusmerkinnälle voidaan kirjata koko tarkistettua lääkitystä koskien tekstimuotoisia tietoja *Arvio lääkityksestä*, *Ehdotus lääkityksen muutoksiksi* ja *Muutosten toteutussuunnitelma*.

Lääkityksen tarkistaminen			
9.11.2014 Lääkelistan ajantasaisuuden tarkistus			
Tarkistuksen tekijät			
Hilkka Hoitaja		KHSHP, Sisätautiosasto	
Tarkistettava lääkitys		Muutos ehdotus	
x	Burana 600 mg	1 tabl x4 /vrk po	
x	Ketorin 100 mg	1 tabl x3 /vrk po	! Ei ole käytössä
x	Retafer 50 mg	1 tabl x1 /vrk po	
x	Seloken 50 mg	1 tabl x2 /vrk po	! Käyttää 1x1
	Simvastatin-20 mg	1 tabl x1 /vrk po	
Arvio lääkityksestä			
Potilaalle määrätty useita tulehduskipulääkkeitä. Ei käytä Ketorinia. Selokenia käyttää määräyksestä poikkeavalla annoksella.			
Edellyttää lääkitysmuutoksia		x Kyllä	
Ehdotus lääkityksen muutoksiksi			
Nitron tarvetta ajoittain?			
Toteutussuunnitelma			
Tarkistetaan lääkärin kierrolla.			

Kuvio 15. Lääkitystarkistusmerkintään voidaan kirjata vapaamuotoinen arvio lääkityksestä sekä ehdotuksia lääkityksen muutoksiksi, jos tarkistaja ei voi muuttaa lääkitystä, esimerkiksi osastofarmaseutin tehdessä lääkityksen farmakologista kokonaisarviota. Tehtäessä osittaista tarkistusta, valitaan vain tarkistettavat lääkkeet. (Kuvassa sisällöllistä epäjohtonmukaisuutta, koska siinä on mallinnettu samalla kertaa useita ominaisuuksia.)

Lääkitystarkistuksen tyypit

Kokonaislääkitys voidaan tarkistaa viidellä eri tavalla: lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon osa-arviointi, lääkehoidon arviointi ja lääkehoidon kokonaisarviointi. Merkinnän tekijä valitsee **lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksen** silloin kun potilas, hänen omaisensa tai sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö on tehnyt yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksen. Merkintä kattaa tiedon siitä, vastaako potilaan käyttämä lääkitys lääkityslistalla olevia tietoja. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee tästä tarkistuksesta merkinnän kertomukseen.

Merkinnän tekijä valitsee **lääkityksen tarkistuksen** silloin kun kyseessä on terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä potilaan lääkityksen tarkistus. Siinä tarkistetaan, vastaavatko lääkkeiden annostukset ja antoajankohdat hyväksyttyä hoitokäytäntöä, sekä kartoitetaan lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi tässä olla sairaanhoitaja, proviisori tai farmaseutti. Merkintä ei sisällä lääkehoidon tarpeen, indikaation tai tarkoituksenmukaisuuden arviointia, eikä korjaustoimenpiteitä lääkitykseen.

Lääkäri valitsee **lääkehoidon osa-arvioinnin** silloin kun hän tekee omaan erikoisalaansa kuuluvan tai muuten rajatun lääkityksen osan arvioinnin. Osa-arviointi kattaa tarkistettujen lääkkeiden tarpeen ja annostuksen arvioinnin, mutta ei ota kantaa muuhun lääkitykseen. Merkintä sisältää lääkärin tekemät tarvittavat muutosmerkinnät arvioituun lääkitykseen.

Lääkäri valitsee **lääkehoidon arvioinnin** silloin kun hän tekee potilaan lääkehoidon tarpeen ja tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin osana potilaan tutkimista ja hoidon suunnittelua. Lääkehoidon arviointiin osallistuu tarvittaessa muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä, kuten kliininen farmakologi, proviisori tai farmaseutti tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Merkintä sisältää lääkärin arvioimat tai vahvistamat tarvittavat muutosmerkinnät lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

Merkinnän tekijä valitsee **lääkehoidon kokonaisarvioinnin** silloin kun kliinisten asiantuntijoiden ja/tai moniammatillisen ryhmän yhteistyössä tehdään potilaan lääkehoidon arviointia. Arviointi tapahtuu hoitavan lääkärin päätöksellä lääkehoidon arvioinnin pohjalta ja se sisältää lääkehoidon arvioinnin lisäksi lääkehoidon toteuttamisen ja hoitoon sitoutumisen arvioinnin potilaan kotona. Kliinisiin asiantuntijoihin ja/tai moniammatilliseen ryhmään kuuluva henkilö voi olla myös kliininen farmakologi, erityiskoulutettu proviisori tai farmaseutti tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lääkehoidon arvioinnin tai potilaan kotona tehtävän arvioinnin lisäksi tässä yhteydessä kartoitetaan lääkehoidon sosiaaliset ja taloudelliset edellytykset. Merkintä sisältää lääkärin tekemät muutokset lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

14.3.3 Lääkehoidon ohjeistus

Lääkitykseen liittyvän ohjeistuksen antaminen potilaalle voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä kertomukseen *Lääkehoito*-otsikon alle. Lisäksi hoitajan antamaa lääkehoidon ohjausta voidaan kirjata hoitokertomukseen hoitotyön toimintoluokituksella. Sähköisen lääkemääräyksen käyttöönoton myötä laki velvoittaa tulostamaan potilasohjeen, kun potilas saa reseptin.

15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset

HYVÄ TIETÄÄ

Asiakkaalle annettu terveysneuvonnan tai -kasvatuksen toteutus kirjataan kertomukseen vapaamuotoisena tekstinä Ennaltaehkäisy (preventio) -otsikon alle. Terveystarkastuksissa käytetään yleensä kertomusmerkinnän (ylä)otsikkoa *Terveystarkastus*. Rokotustiedot kirjataan antokirjauksen yhteydessä rakenteisesti joko jatkuvan potilaskertomuksen näkymään *Ennaltaehkäisy (preventio)* -otsikon alle tai Rokotukset -näkyville (RKT). Valtakunnallisesti yhteisten rokotustietojen käyttöönoton myötä tiedoista muodostetaan kooste rokotuskoosteenäkyville (RKTk). Rokotusten koostetietoa hyödynnetään potilastietojärjestelmän kokoomassa keskeisten rakenteisten tietojen yhteenvetojen näytössä.

Asiakkaalle annettu ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ohjaus ja neuvonta sekä tehdyt terveystarkastukset kirjataan vapaamuotoisena tekstinä. Rokotustiedot kirjataan antokirjauksen yhteydessä rakenteisesti. Rokotustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 13.

Taulukko 13. Rokotustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
Fimea - ATC-luokitus
AR/YDIN - Rokotustapa
AR/YDIN - Pistoskohta
THL - Tautiluokitus ICD-10
THL - Rokotussuoja
THL - Rokotteet
THL - Rokotevalmisteet
THL - Tiedon lähde

15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto

Ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen tavoitteena on edistää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia, sekä ehkäistä sairauksia ja tunnistaa ne mahdollisimman varhain. Näihin palveluihin kuuluvat mm. terveysneuvonta ja - tarkastukset sekä seulontatutkimukset. Neuvontaa järjestetään eri tavoin, esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön vastaanotoilla, ryhmissä tai erilaisin terveysviestinnän keinoin. Ehkäiseviä terveyspalveluja toteutetaan mm. neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, iäkkäiden neuvontapalveluissa ja työterveyshuollossa. Myös sairauden ennaltaehkäiseminen on osa ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa. (STM 2013)

Sairausten ehkäisy voidaan jakaa kolmeen tasoon (Terveystietä 2018):

- **Primaarinen ehkäisy** (primaaripreventio) käsittää sairauksien torjuntatoimet ennen taudin ilmenemistä (esim. taudin syiden poisto) tai terveyden lisäämiseen yleisesti tähtäävät toimet (esim. terveystarkastus, terveystarkastukset).
- **Sekundaarinen ehkäisy** (sekundaaripreventio) sisältää ne toimet, joilla pyritään estämään varhaisessa, usein oireettomassa vaiheessa (esim. seulontatutkimuksen avulla) todettua tautia kehittymästä edelleen.
- **Tertiaarinen ehkäisy** (tertiaripreventio) sisältää ne toimet, joilla pyritään torjumaan taudin eteneminen, komplikaatioiden ilmeneminen tai taudista aiheutuvien haittojen paheneminen (esim. toimet, joilla pyritään estämään sydäninfarktipotilaan uusi infarkti).

Asiakkaalle annettu ennaltaehkäisevä terveydenhuollon ohjaus ja neuvonta kirjataan jatkuvan potilaskertomuksen näkymään *Ennaltaehkäisy (preventio)* -otsikon alle. Esimerkiksi lääkärit kirjaavat otsikon alle tiedot asiakkaalle annettusta terveyden edistämiseen liittyvästä ohjauksesta vapaamuotoisena tekstinä. Hoitajat voivat käyttää kirjauksissaan apuna hoitotyön luokituksia. Samoin kuntoutus- ja erityisryhmien ohjeistusta omien nimikkeistöjensä mukaisesti palvelukohtaisille tai ammattiryhmittäisille näkymilleen. Terveystarkastusten kirjaamiseen käytetään yleensä tekstin alussa kertomusmerkinnän (ylä)otsikkoa *Terveystarkastus*. Tekstiä jäsennetään tarvittaessa myös muilla kansallisilla otsikoilla (ks. myös luku 6).

15.2 Rokotustiedot

Rokotustiedot kirjataan rakenteisesti joko jatkuvan potilaskertomuksen näkymään Ennaltaehkäisy (preventio) -otsikon alle tai suoraan Rokotukset -näkyville (RKT) rokotteen antokirjauksen yhteydessä. Jos rokotteesta on tehty resepti, sen määräysmerkintä sisältyy potilaan lääkemerkintöihin. Muutoin rokotuksesta ei tehdä erillistä määräysmerkintää.

Rokotuksen rakenteiset tiedot kirjataan valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. *Rokotteen nimi* saadaan Lääketietokannasta. Jos rokotteen nimeä ei ole saatavissa Lääketietokannasta, nimi kirjataan ATC-luokituksen mukaisena tai vapaamuotoisesti. Jos merkinnän tekijä on kirjaimissa tutkimusrokotteen tietoja, hänen tulee kirjata, että kyseessä on tutkimusrokote. Tutkimusrokotteelle ei ole pakollista kirjata nimeä, mutta sille pitää *kirjata tutkimusrokotteen tunnus*.

Rokotepakkauksen yksilöintinumero (VNR-numero) saadaan Lääketietokannasta, eikä merkinnän tekijä voi muokata sitä. Käyttäjä kirjaa rokotepakkauksen *eränumeron* sille varattuun kenttään. Rokotepakkauksen eränumeron kirjaaminen on osa rokotevalmisteiden laadunvarmistusta ja seurantaa. Eränumeron avulla voidaan tunnistaa jälkikäteen, mistä rokote-erästä potilaan rokote on peräisin. Rokotevalmisteisiin voi liittyä eräkohtaista vaihtelua, sillä osa rokotevalmisteista sisältää eläviä mikrobeja.

Rokotussuojan avulla kerrotaan, mitä tauteja ja infektioita vastaan rokote on suunnattu. Yksi rokote voi sisältää monta rokotussuojaa (esimerkiksi yksi rokotevalmiste kurkkumätää ja jäykkäkouristusta vastaan). Rokotussuoja on sillattu luokitukseen *Rokotevalmisteet* ja *Rokotteet*. Rokotevalmisteiden siltauksen avulla potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti tiedot tautikohtaisesta rokotesuojasta annetun rokotevalmisteen nimen pohjalta. Esimerkiksi, kun potilas on saanut Boostrix-nimisen rokotteen, hän on saanut rokotesuojan kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan. Merkinnän tekijä voi tarkentaa rokotussuojaa vapaamuotoisesti kirjattavalla tarkenteella, jos luokituksen mukainen rokotussuojatieto ei ole riittävä.

Rokotussuojaluokituksen avulla potilaalle voidaan tulostaa rokotuskortti, jossa näkyy eri sairauksia vastaan annetut rokotteet ja niiden tehosteet (ks. kuvio 16).

ROKOTUSKORTTI		AB Rh+	Lähiomainen: Orvokki Omainen			Puhelin:	+358 44 5566 789
Pekka Potilas		120364-5678	Osoite: Rantakatu 3			Puhelin:	+358 45 678 9012
Rokotussuoja	Pvm	Pvm	Pvm	Pvm	Pvm	Lisätieto	
Jäykkäkouristus	1.2.10	24.9.97	16.10.89	29.6.71	16.4.68		
Influenssa	2.11.09					Potilas pyörtyi rokotuksessa	
Hepatiitti A	25.11.03	31.1.03					
Hepatiitti B	30.1.96	17.8.95	18.7.95				
Polio	16.10.89					Vanhoista ei tietoa	
Tuberkuloosi	13.11.85	1.2.64					
Meningokokki	12.1.76						
Kurkkumätä	29.6.71	16.4.68					
Muu rokote	12.1.70					Isorokkorokote	
Hinkuyskä	16.4.68						
Lisätietoja							

Kuvio 16. Esimerkki rokotuskortista (Virkkunen ym. 2016).

Annoksesta kirjataan annetun *rokotteen määrä ja sen yksikkö* sekä *rokotustapa ja pistoskohta* luokitusten avulla. Kun rokotus annetaan ihoon, ihon alaisesti tai lihakseen (Rokotustapa = ID, SC, IM), pistoskohta on kirjattava. Sarjarokotteista kirjataan annoksen *järjestysluku*, kun esimerkiksi on kyseessä kolmen rokotuksen hepatiittirokotussarja. Järjestysluku kertoo, monesko sarjan rokotus on kyseessä. Kertaluonteisissa rokotuksissa järjestyslukua ei tarvitse kirjata, eikä myöskään monen vuoden välein annettavissa tehosterokotuksissa, esimerkiksi jäykkäkouristusrokotuksessa.

Potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti merkintään rokotteen antopäivämäärän ja antajan silloin kun merkinnän tekijä antaa rokotteen. Merkinnän tekijä voi halutessaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä lisätietoa rokotuksesta. Rokotuksen antajan organisaation palveluyksikkötieto tuotetaan automaattisesti järjestelmästä. Jos potilas kieltäytyy rokotuksen ottamisesta, tieto voidaan kirjata vapaana tekstinä kertomusnäkömään *Ennaltaehkäisy (preventio)* -otsikon alle.

Aikaisempien rokotustietojen kirjaaminen

Jos kyseessä on potilaan aikaisemmin saaman rokotuksen kirjaaminen esimerkiksi potilaan rokotuskortin tai hänen kertomansa tiedon pohjalta, eikä rokotteen nimeä tiedetä, voidaan rokotus kirjata *THL - Rokotteet* -luokituksen mukaisella luokan nimellä, esimerkiksi Poliorokote. Näissä tapauksissa ATC-koodia ja sen mukaista nimeä ei ole välttämättä kirjata. Aikaisemman rokotustiedon merkintään ei myöskään tarvitse kirjata rokotepakkauksen yksilöintitunnistetta, eränumeroa, rokotustapaa, pistoskohtaa eikä rokotuksen antajaa. Rokotuksen antoajankohdan voi myös kirjata annetun tiedon perusteella, esimerkiksi vuosilukuna. Vaikka aikaisempien rokotteiden tietoja kirjattaisiinkin epätarkemmin kuin annettavien rokotteiden, ne on hyvä saada mukaan valtakunnallisiin rokotustietojen yhteenvetoihin, jotta mahdollisimman kattava tieto potilaan rokotesuojasta on saatavilla yhdestä paikasta.

Rokotteen välittömän haittavaikutuksen kirjaaminen

Rokotuksen aiheuttama haittavaikutus kirjataan potilastietojärjestelmään haittavaikutuksen diagnoosikoodilla. Haittavaikutuksen koodausta voi täydentää tarvittaessa ATC-luokituksella.

Haittavaikutuksen kirjaukseen liitetään myös päivämäärä, jolloin haittavaikutus on todettu. Jos haittavaikutus kirjataan jälkikäteen, tehdään uusi rokotusmerkintä kopiaimalla vanha merkintä ja lisätään siihen haittavaikutustiedot. Kun rokotuksen yksilöivä tunniste pysyy samana, yhdistyy uusi merkintä aiempaan merkintään. Silloin kun rokotuksen haittavaikutus on kirjattu tautiluokituksen (Tautiluokitus ICD-10, 2011) luvun 19 mukaisilla koodeilla, esimerkiksi *T88.1 Muu muualla luokitamaton immunisaation jälkeinen komplikaatio*, tulee kirjata myös luvun 21 koodeista ulkoinen syy. Yleisimmin rokotteen haittavaikutuksen ulkoisen syyn koodi on joko *Y58 Bakteerirokotteen haittavaikutus* tai *Y59 Muun tai määrittämättömän rokotteen tai biologisen aineen haittavaikutus*.

Jotkin rokotuksen haittavaikutukset voidaan mieltää riskitiedoksi, jolloin tieto tulee tallentaa potilaskertomuksen riskitietoihin. Tällaisia ovat esimerkiksi kananmuna-allergia ja/tai rokotustapahtumaan liittyvä anafylaktinen reaktio. Haittavaikutuksen kirjauksessa on hyvä muistaa, että jotkut rokotereaktiot ovat toivottuja, eikä niitä tule kirjata haittavaikutuksina. Haittavaikutuksen kuvausta voi tarvittaessa täydentää vapaamuotoisesti kirjatulla lisätiedolla.

15.3 Rokotusyhteenveto ja rokotusrekisterit

Tulevina vuosina otetaan käyttöön valtakunnallisesti yhtenevä rokotuksen tietosisältö (THL/Tietosisältö - Rokotustiedot), jolloin rokotustiedot voidaan palauttaa Tiedonhallintapalvelusta Rokotuskoosteelle (Virkkunen ym. 2016). Rokotuksen tietosisällössä on huomioitu myös tutkimusrokotteiden kirjaaminen tai aikaisemmin annettujen rokotteiden kirjaaminen, jolloin voidaan saada kattava kuva henkilön rokotusajasta. Rokotuksen tietosisältö kattaa myös ne rokotustiedot, joita tarvitaan THL:n HILMO-tiedoissa, rokotusrekisterissä ja rokotuksen haittailmoituksessa. Lisätietoa osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/>

Tiedonhallintapalvelu palauttaa Rokotuskoosteen (RKTk) potilastietojärjestelmään, joka muodostaa tiedoista käyttäjälle havainnollisen ja suodatetun esitysmuodon (ks.kuvio 17). Potilastietojärjestelmä voi täydentää yhteenvetotietoa omassa järjestelmässä olevilla Potilastiedon arkistoon vielä tallentamattomilla rakenteisilla tiedoilla. Asiakkaalle voidaan tarvittaessa tulostaa yhteenvedosta ajantasainen rokotuslista.

Rokotusyhteenveto					
Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014					
	+	Yht	Pvm ▲	Rokotussuoja	Rokotteen nimi
...	5	1.2.10	Jäykkäkouristus	Tetanus -d	
...		2.11.09	Influenssa	Influenssa A H1N1	
...	2	25.11.03	Hepatiitti A	Havrix	
...	3	30.1.96	Hepatiitti B	Engerix-B	
...		16.10.89	Polio	Poliorokote	
...	2	13.11.85	Tuberkuloosi	Tuberkuloosirokote	
...		12.1.76	Meningokokki	Menigokokki A rokote	
...	2	29.6.71	Kurkkumätä	DT	
...		12.1.70	Muu rokote	Isorokkorokote	
...		16.4.68	Hinkuyskä	DiPeTe	

Potilas pyörtyi rokotuksessa

Kuvio 17. Esimerkki rokotustietojen yhteenvetonäytöstä, jossa kustakin rokotussuojasta voidaan näyttää esimerkiksi vain viimeisin kirjaus. (Virkkunen ym. 2016)

16 Lausunnot ja todistukset

HYVÄ TIETÄÄ

Lausunnot ja todistukset tallennetaan Potilastiedon arkistoon pääosin standardoiduille lomakkeille. Lomakkeiden arkistointivaihe ja käyttöönotto etenee vaiheittain. Lisäpalveluna voidaan hyödyntää todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelua.

Lausunnoilla tarkoitetaan tässä lääkärintodistuksia, lakiin perustuvia ilmoituksia eri viranomaisille (esimerkiksi ilmoitus implanttirekisterille) sekä muita lausuntoja, joita terveydenhuollon ammattilaiset laativat erilaisille vakioituille tai vapaamuotoisille lomakkeille. Monet lausunnot kirjataan kansallisella Koodistopalvelimella julkaistun *AR/YDIN - Näkymät* - luokituksen mukaisilla omilla vakioituilla lomakerakenteilla. Näille käyttäjien ei tarvitse kirjata esimerkiksi ot-sikkoo, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti.

16.1 Vakioidut lomakerakenteet

Kaikille Potilastiedon arkistoon tallennettaville todistuksille, määrämuotoisille lausunnoille ja lakiin perustuville ilmoituksille määritellään standardoidut lomakkeet. Tavoite on, että tietosäällöltään määritellyjä lausuntoja ja ilmoituksia voidaan osittain automaattisesti täyttää potilaskertomuksen sisältämien tietojen avulla.

Vaiheistusasetuksen (STM 1257/2015) mukaan Potilastiedon arkistoon tuli tallentaa seuraavat lomakkeet vuoden 2017 loppuun mennessä:

- Lääkärintodistus A (A)
- Lääkärintodistus B (B)
- Lääkärintodistus D (D)
- Lääkärintodistus erityisäitiysvapaan tarpeesta (SV97)
- Todistus raskaudesta ja jälkitarkastuksesta (SV75)
- Palveluntuottajan todistus matkakorvausta varten (MATKA)
- Tarkkailulähetilä (MI)
- Tarkkailulausunto (MII)
- Hoitoonmääräämispäätös (MIII)
- Päätös yhteydenpidon rajoittamisesta (PSYE)
- Päätös omaisuuden haltuunotosta (PSYO)

Muiden todistuksien ja lausuntojen arkistointi voidaan ottaa käyttöön 1.2.2018 alkaen:

- Lääkärintodistus E (E)
- Lääkärintodistus lausunto terveydentilasta (T)
- Nuorison terveystodistus (NT)
- Lääkärintodistus ajokyvystä (AJO)
- Lääkärintodistus (TOD)
- Syntymätodistus (SYT)
- Kuolintodistus 28 vrk:n ikäisestä tai sitä vanhemmasta vainajasta (KUO)
- Kuolintodistus kuollessa syntyneestä tai alle 28 vrk:n iässä kuollessa (KUO28)

Lisäpalveluna on mahdollista ottaa käyttöön todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelu. Palvelun ensimmäisessä vaiheessa on mahdollista välittää todistuksia ja lausuntoja sähköisesti Kelaan. Lausuntojen välittäminen Kanta-palvelujen avulla mahdollistuu myöhemmin myös muille toimijoille (esimerkiksi Trafiin). Asiaa on kuvattu tarkemmin THL:n julkaisussa [Kysely- ja välityspalvelu: Toiminnallinen määrittely, versio 1.2](#). (Alanäjä 2017). Lisätietoa myös osoitteessa <https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/terveystodistusten-valitys>

16.2 Vapaamuotoiset lausunnot

Määrämuotoisten lausuntojen lisäksi terveydenhuollossa voidaan antaa eri tarkoituksiin laadittuja vapaamuotoisia lausuntoja. Vapaamuotoisia lausuntoja voidaan tehdä TOD-näkymän mukaiselle, vapaamuotoisen lääkärintodistuksen lomakkeelle. Jos lausunto tehdään osaksi jatkuvaa potilaskertomusmerkintää, eikä sitä tarvitse lähettää ulkopuolisille tahoille, voidaan se kirjata *Lausunto*-otsikon alle.

16.3 Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet

Poliisin virka-apupyynnöihin liittyviä lausuntoja tai muita toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annettuja ilmoituksia ja lausuntoja ei kirjata eikä tallenneta potilaskertomukseen, eikä Potilastiedon arkistoon, vaan ne laaditaan (järjestelmässä) muulla tavoin omalla asiakirjapohjalle ja toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista.

Esimerkiksi alkuperäinen lastensuojeluilmoitus välitetään sosiaalihuollon lastensuojeluun, jossa ilmoitus arkistoidaan, ja otetaan selvitykseen. Lausunnon laatinut organisaatio voi säilyttää asiakirjasta kopion potilashallinnollisten asiakirjojen rekisterissään. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 35§) kuvataan, milloin ja miten sosiaalihuoltoon tulee ottaa yhteyttä tai tehdään ilmoitus tuen tarpeen arvioimiseksi.

Toisen viranomaisen virka-apupyynnöstä tehtävät tutkimukset, ovat julkisuuslain (621/1999, 5§) mukaan pyytävän viranomaisen asiakirjoja. Siksi ne eivät ole potilastietoa. Potilaskertomukseen voidaan kirjata esimerkiksi käynnin tiedoksi Z08.2 tekstillä "*Tarkastus viranomaisen pyynnöstä*" ja kertomustekstiksi kirjataan ainoastaan "*Tehty lausunto viranomaiselle.*"

Seksuaalirikosten selvityksissä (1008/2008, 4§) kuitenkin todetaan "*Selvityksestä laadittu loppulausunto, joka koskee lapsen terveydentilaa, voidaan kuitenkin erityissäännöksen perusteella toimittaa tutkimuksen päätyttyä lapsen psyykkisestä hoidosta vastaavaan terveydenhuollon toimintayksikköön, jos se on välttämätöntä lapsen tarvitseman hoidon järjestämiseksi.*" Vastaavaa menettelytapaa voi noudattaa myös muun kuin psyykkisen hoidon suhteen ja muissa virka-apupyynnöön liittyvissä tiedoissa. Jos tutkimuksessa havaitut tiedot ovat välttämättömiä tai tärkeitä potilaan hoidon kannalta, ne voidaan tarvittavalta osin tallentaa myös potilaskertomukseen.

Kun potilas hakeutuu itse hoitoon pahoinpitelyn vuoksi, kyseessä on normaali hoitotapahtuma, jonka tiedot kirjataan myös potilaskertomukseen. Merkintä tulee tehdä niin tarkasti, että siitä pystytään myöhemmin antamaan erillinen lausunto, jos/kun poliisilta tai vastaavalta toiselta viranomaiselta tulee lausuntopyyntö. Pahoinpitelylausunnon alkuperäinen versio lähetetään poliisiviranomaiselle ja kertomukseen tulee kirjaus siitä, että lausunto on tehty.

Nykyisen lainsäädännön puitteissa myöskään mielentilalausunto ei ole potilasasiakirja, eikä sitä tallenneta Potilastiedon arkistoon. Siltä osin kuin tutkimukseen liittyy myös potilaan hoitoa, kirjataan sitä koskevat tarpeelliset potilaskertomusmerkinnät potilaskertomukseen ja välittää tiedot Kanta-palveluihin, jolloin ne ovat muidenkin terveydenhuollon toimijoiden käytössä potilaan suostumuksen ja mahdollisten kieltojen mukaisesti.

Mielentilalausunto on julkisuuslain 14 §:ssä tarkoitettu tutkimuksen toimeksi antaneen viranomaisen asiakirja. Julkisuuslain mukaan tiedon antamisesta tällaisesta asiakirjasta päättää toimeksi antanut viranomainen. Tätä tukee myös henkilötietojen käsittelyä koskeva yleinen käyttötarkoitussidonnaisuuden periaate, jonka mukaan henkilötiedot on kerättävä tiettyä, nimomaista ja laillista tarkoitusta varten, eikä niitä saa käsitellä myöhemmin näiden tarkoitusten kanssa yhteensopimattomalla tavalla (mm. tietosuojasetuksen 5 artikla). Tässä tapauksessa alkuperäinen käyttötarkoitus on muu kuin hoidollinen.

17 Yhteenveto- ja päivittäismerkin- nät

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaan hoidosta kirjataan hoidon päättyessä tai määräajoin arvioivaa yhteenvetotietoa. Hoidon päättyessä laadittavassa yhteenvedossa käytetään otsikkoa *Loppuarvio* ja hoidon aikaisten seurantayhteenvetojen kirjauksessa otsikkoa *Väliarvio*. Näillä otsikoilla tehtyt merkinnät menevät yhteenvetonäkymälle (YHT). Yhteenvetonäkymälle on mahdollista saada myös yksittäisen käynnin tieto, jos käyntikirjauksen lisänäkymäksi merkitään YHT-näkymä. Potilaan osastohoidon tai vastaavan aikaisten lyhyiden päivittäisten kertomusmerkintöjen otsikkona käytetään *Päivittäismerkintä*-otsikkoa.

17.1 Palvelutapahtuman yhteenveto

Palvelutapahtuman yhteenveto on loppu- tai seurantayhteenveto tai muu yhteenvetotasoinen teksti, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö laatii potilaan tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta palvelutapahtuman aikana tai sen päättyessä.

Yksittäisestä polikliinisestä käynnistä tai avohoidon muusta vastaavasta palvelutapahtumasta ei tarvitse tehdä yhteenvetoa, koska avohoitokäynnin tiedot luokitellaan aina yhteenvetotasoisiksi merkinnöiksi. Toisaalta, jos jokin potilaan yksittäinen tieto tai käynti on tiedonvälityksen ja jatkohoidon kannalta hyvin tärkeä, tällaisen kirjausten päänäkökymän lisänäkymäksi voi merkitä yhteenvetonäkymän (YHT), vaikka kyseessä ei olekaan varsinainen väli- tai loppuarvio. Tällä tavoin tärkeät yksittäiset tiedot saadaan esille yhteenvetotietoihin.

17.2 Loppu- ja väliarviot

Jokaisesta osastohoitojaksosta ja sellaisesta polikliinisesta avohoitajaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, tulee tehdä **loppuyhteenveto**. Loppuyhteenvedossa kuvataan hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtunut kehitys.

Lääkärin tulee tehdä lisäksi vähintään 3 kk välein hoidon aikainen **seurantayhteenveto** osastohoidossa olevista potilaista (vrt. STM asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009), mutta sen voivat laatia myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Väliarvioon kirjataan oleelliset tiedot potilaan tilasta sekä hänen voinnissaan, hoidossaan ja kuntoutuksessaan tapahtuneesta kehityksestä tai muutoksesta, merkittävät tutkimustulokset ja johtopäätökset sekä ajantasainen hoito- tai kuntoutussuunnitelma.

Yhteenvedon kirjaus aloitetaan otsikolla *Loppuarvio* tai *Väliarvio*, jolloin tiedot tallentuvat automaattisesti myös yhteenvetonäkymälle (YHT). Käyttäjä voi kuitenkin estää tämän niin halutessaan poistamalla merkinnältä YHT-lisänäkökymän. YHT-näkymä voidaan myös erikseen lisätä merkinnälle, vaikka *Väli- tai Loppuarvio*-otsikoita ei käytettäisikään. YHT-näkymä ei voi koskaan esiintyä itsenäisenä näkymänä, vaan se vaatii aina päänäkökymäksi jonkun jatkuvan kertomuksen näkymän. Yhteenvetonäkymän tarkoituksena on edesauttaa kokonaisikäsihtäyksen muodostamista potilaan tilanteesta ilman, että tietoja tarvitsisi lähteä poimimaan pirstaleisesta

tietomassasta. Yhteenveto ei vastaa suoraan hoitopalautetta (PAL), joka on erikseen koottava asiakirja ja koostuu pääsääntöisesti yhdestä tai useammasta yhteenvetotasoisesta merkinnästä ja muista tarvittavista tiedoista.

Hoitotyön yhteenveto on siinä mielessä poikkeuksellinen, että se voidaan muodostaa suoraan hoitotyön näkymälle (HOI+YHT) tai hyödyntäen Hoitokertomus-näkymää (HOKE), jonne kirjaetaan yleensä pidempiaikaisen palvelutapahtuman hoitotyön suunnitelmat ja päivittäismerkinnät. HOKE-näkymästä ei voi suoraan arkistoida vielä mitään merkintöjä¹³, mutta näkymältä voidaan koota arkistoitavat hoitotyön yhteenvetotiedot HOI-näkymälle. Käyttämällä yhteenvetodon alussa *Loppu- tai Väliarvio*-otsikoita tieto tallentuu automaattisesti myös yhteenvetönäkymään.

Tämän oppaan liitteessä 2 on kertomusesimerkki laaditusta loppuarviosta. Yhteenvetoissa hyödynnetään yleensä muitakin otsikoita, esimerkiksi *Tutkimukset* (yhteenveto tehdyistä tutkimuksista), *Toimenpiteet* (tehdyt toimenpiteet, mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa) ja *Suunnitelma* (jatkohoito-ohjeet kotiin tai seuraavaan hoitopaikkaan, selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon sekä kuntoutuksen toteuttamiseksi).

Eri ammattiryhmien, erikoisalojen tai palvelujen yhteenvetojen kirjaamista opastetaan tarkemmin esimerkiksi tulevan kirjaamisoppaan kakkososan julkaisuissa tai muissa erillisjulkaisuissa, kuten palveluala- tai ammattiryhmittäisissä kirjaamisohjeissa.

17.3 Päivittäismerkintä

Potilaan osastohoidon tai vastaavan aikana tehtyjen lyhyiden päivittäisten merkintöjen (Decursus-merkinnät) otsikkona käytetään pääasiassa *Päivittäismerkintä*-otsikkoa, ei *Väliarvio*-otsikkoa. *Päivittäismerkintä*-otsikkoa voi käyttää myös avohoidossa esimerkiksi hoidon tai sairauden kulun lyhyiden merkintöjen tekemiseen.

Päivittäisissä merkinnöissä ei ole yleensä tarvetta käyttää muuta otsikkoa. *Päivittäismerkintä*-otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mutta myös muut ammattihenkilöt voivat käyttää otsikkoa silloin kun merkintöjä ei tehdä hoitokertomukseen (HOKE) päivittäismerkintöinä.

Otsikoiden käyttöä ohjataan tarkemmin luvussa 6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot.

¹³ THL:ssa on valmistelussa (2018) hoitotyön päivittäiskirjaamisen merkintöihin oma tietorakenne julkaistavaksi kansallisella Koodistopalvelimella.

18 Terveys- ja hoitosuunnitelma

HYVÄ TIETÄÄ

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan potilaskeskeisesti hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi avohoitoon, eikä se korvaa hoitajaksokohtaisia suunnitelmia. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa ylläpitävät kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Suunnitelmaan tulee kirjata hoidon koordinoinnista vastuussa oleva taho ja siitä tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Lisäksi kirjataan potilaan ja tarvittaessa omaisten tai läheisten kanssa yhdessä tunnistetut hoidon tarpeet ja hoidolle asetetut tavoitteet. Yhteisillä tavoitteilla pyritään aktivoimaan potilas ja hänen läheisiään osallistumaan hoidon toteuttamiseen. Potilas saa oman kopionsa terveys- ja hoitosuunnitelmasta tulosteena tai hän voi tarkastella suunnitelmaa Omakannassa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaskohtainen ylläpidettävä asiakirja, johon voidaan kirjata tietoa sekä vapaana tekstinä että rakenteisesti luokituksilla. Ylläpidettävänä asiakirjana terveys- ja hoitosuunnitelma tallennetaan aina YHOS-näkymälle. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 14.

THL on julkaissut [Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset](#) (Korhonen 2017), jossa kuvataan tarkemmin asiakirjan toteutusta tietojärjestelmiin. Lisäksi Terveys- ja hoitosuunnitelma on huomioitu julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Siinä kuvattu *THL/Tietosisältö - Terveys- ja hoitosuunnitelma* on julkaistu myös kansallisella Koodistopalvelimella.

Taulukko 14. Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia

THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus
ICF - Toimintakykyluokitus
Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö
Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset
Kuntaliitto - Fysioterapianimikkeistö tai Kuntaliitto - Puheterapianimikkeistö tai Kuntaliitto - Ravitsemusterapianimikkeistö

18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite

Terveys- ja hoitosuunnitelma (Komulainen ym. 2011; Virkkunen ym. 2016) on tarkoitettu hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittämiseksi ja kuvaamiseksi yhdessä potilaan kanssa ja potilaskeskeisesti. Se laaditaan kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää koordinoimista ja jotka hyötyvät tehdystä suunnitelmasta. Tällaisia potilaita ovat erityisesti pitkäaikais- ja monisairaat potilaat, joita halutaan aktivoida ja motivoida omasta terveydestä huolehtimiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa voidaan hyödyntää jo laadittuja suunnitelmia esimerkiksi kuntoutussuunnitelmaa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa **potilaan hoitojaksojen väliset suunnitelmat**. Hoitojaksoille laaditaan aina oma hoitajaksokohtainen hoitosuunnitelma. Kun potilaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, hänelle ei kirjata erikseen jatkohoidon suunnitelmaa hoitojakson päättyessä, vaan sen sijaan päivitetään terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Jos loppuyhteenvetoon (epikriisiin) kirjataan jatkohoidon suunnitelma, sen tiedot tulee kirjata myös voimassaolevaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, jota kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt ylläpitävät yhteisesti, eikä sen hyödyntäminen ei ole riippuvainen potilaan hoitopaikasta tai potilastietojärjestelmästä.

18.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Potilaan hoitava lääkäri vastaa hoidon lisäksi myös hoitosuunnitelman tekemisestä (Valvira 2015). Yleensä hoitava lääkäri on perusterveydenhuollossa toimiva terveyskeskuslääkäri.

Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoimisesta huolehtii ensisijaisesti perusterveydenhuolto. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt.

Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään potilaalle esimerkiksi, kun yksi tai useampia alla kuvatuista ehdoista täyttyy:

- potilas käyttää paljon palveluja (esimerkiksi yli viisi kontaktia vuodessa/ organisaatio)
- potilaalla on pitkäaikaista seurantaa ja/tai hoitoa ja/tai kuntoutusta vaativa sairaus tai terveydentila
- potilaalla on akuutti vaiva, joka edellyttää useamman tahon (organisaation tai terveydenhuollon ammattihenkilön) tutkimuksia ja/tai hoitoa
- potilas haluaa itselleen terveys- ja hoitosuunnitelman

18.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman täyttäminen

Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteinen tieto koostuu seitsemästä pääkohdasta, jotka ovat 1) perustiedot, 2) hoidon tarve, 3) hoidon tavoite, 4) suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, 5) suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, 6) terveydenhuollon ammattihenkilö ja 7) terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot.

Terveys- ja hoitosuunnitelman perustiedot eli potilaan henkilötiedot koostuvat potilaan nimestä ja henkilötunnuksesta. Perustietoihin kirjataan myös ajankohta, jolloin terveys- ja hoitosuunnitelma on laadittu tai päivitetty päivän tarkkuudella. Ensimmäistä kertaa terveys- ja hoitosuunnitelmaa täytettäessä suunnitelman laatimiseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta potilaan tietoihin ehditään tutustua etukäteen ja tapaamisessa voidaan pohjustaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä.

Alussa käytetty aika on mahdollista saada hoitosuhteen kuluessa takaisin vähentyneinä kontakteina, kun potilas on motivoitunut omaan hoitoonsa. Potilaalle voidaan lähettää etukäteen täytettäväksi esimerkiksi omahoitokysely tai muu toimintakykytesti, jota tulee käyttää pohjana suunnitelman laatimisessa. Kysely tai testit voidaan lähettää myös sähköisesti, asiakkaan toivomuksen mukaisesti.

18.3.1 Hoidon tarve

Hoidon tarpeeseen voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä hoidon tarve sekä toiminta- ja työkykyyn liittyviä tarpeita. Nämä voivat koostua yhdestä tai useammasta potilaan kanssa yhdessä tunnistetusta tarpeesta. Hoidon tarpeen kirjaamisessa voidaan hyödyntää myös ICD, ICPC tai ICF -luokituksia. Rakenteista tietoa voidaan edelleen tarkentaa ja kirjata tarvittaessa vapaamuotoisena tekstinä. Ks. myös luku 9 Tulosityt, Käyntisytyt, Diagnoosit.

Hoidon tarpeen tulee olla potilaasta lähtevä, jolloin potilasta voi avustaa tarpeen tunnistamisessa esimerkiksi pyytämällä häntä täydentämään lausetta: *"Olen nimennyt hoidon tarpeekseni..."*. Tarkoitus on kirjata potilaalle tärkeitä asioita, joita voi olla esimerkiksi lastenlasten kanssa touhuaminen. Tämä edistää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa.

18.3.2 Hoidon tavoite

Hoidon tavoite -kohtaan kirjataan vapaamuotoisena tekstinä potilaan kanssa tunnistetut hoidon tavoitteet sekä toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet. Lisäksi voidaan kirjata henkilöiden nimet, jotka ovat osallistuneet tavoitteiden laatimiseen. Tavoitteita voidaan yksilöidä tarkemmin esimerkiksi käyttämällä luokituksia *Ravitsemusterapianimikkeistö*, *Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö* tai *FinLOINC – Fysiologiset mittaukset*. Suunnitelmalomakkeen kenttään *Yksilöivän tekijän ehto* voidaan kirjata tavoitteelle asetettu mittarin taso. Sitä voidaan täydentää vapaamuotoisena tekstinä *Yksilöivän tekijän ehdon* lisätietokenttään.

Vapaamuotoinen hoidon tavoite - kenttään kirjataan asia, johon potilas on itse valmis sitoutumaan. Tavoite on hyvä sitoa aikaan, jolloin suunnitelman tarkastamiselle tulee luonnollinen aikataulu. Tavoitteen kannattaa olla konkreettinen ja riittävän pieni, jotta potilas kykenee itse seuraamaan tavoitteensa saavuttamista. Sen voi jakaa osiin, jolloin asetetaan päätavoite ja sille pienempiä välitavoitteita. Tavoite voi olla esimerkiksi *"Saan pyykit ripustettua itse kuivumaan"* tai *"Pystyn kävelemään kauppakeskuksen avajaisiin"*.

18.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot

Hoidon toteutus ja keinot kirjataan potilaslähtöisesti vapaamuotoisella tekstillä. Yhdessä potilaan ja tarvittaessa omaisten/läheisten kanssa etsitään ne omahoidon keinot, joita potilas voi itse toteuttaa. Keinojen tulee olla mahdollisimman yksinkertaisia ja konkreettisia, esimerkiksi osallistuminen ryhmätoimintaan kerran viikossa. Palvelun sisällön yksilöinti voidaan kirjata esimerkiksi luokituksilla *Laboratoriotutkimusnimikkeistö*, *Radiologinen tutkimus- ja toimenpi-*

denimikkeistö, Fysioterapianimikkeistö, Puheterapianimikkeistö ja/tai Ravitsemusterapianimikkeistö. Palvelun sisältö ja ehto voidaan kuvata vapaamuotoisena tekstinä. Lisäksi palvelun ehtoa voidaan tarkentaa tunnuksella, joka kirjataan esimerkiksi luokituksilla *Laboratoriotutkimusnimikkeistö ja/tai FinLOINC - Fysiologiset mittaukset* sekä tarkennetaan tutkimuksen tuloksen mahdollisella arvolla.

18.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi

Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi kirjataan vapaamuotoisena tekstinä, jolla kuvataan mitä terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät tukeakseen potilaan tavoitteiden saavuttamista. Tuki voi olla luonteeltaan esimerkiksi omahoitajan puhelu tai sähköinen viesti kerran viikossa tai ryhmätapaamiset kuukausittain. Tietoa kirjattaessa tulee huomioida, että potilaan yhteydenotto koordinoivaan tahoon onnistuu helposti. Kirjaava ammattihenkilö on vastuussa terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoinnista, jos koordinoivaa tahoa ei ole kuvattu hoidon tarpeen yhteydessä.

18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot

Diagnoosi- ja/tai lääkityslistoja ei ylläpidetä terveys- ja hoitosuunnitelman kautta. Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätietoihin voidaan tallentaa tekstimuotoisina potilaan suunnitelman laatimis- tai päivitysajankohdan diagnoosi- ja/tai lääkityslistat esimerkiksi kopioimalla ne potilasyhteenvedon diagnoosi- ja lääkityslistoilta. Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidossa voi olla tarpeen tarkastella sekä sen hetkistä, potilasyhteenvedolle koostettua listaa ja aikaisemmalla hoitokerralla tallennettua listaa vierekkäin.

18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki

Alla on kuvattu esimerkki terveys- ja hoitosuunnitelmasta, joka on toteutettu rakenteisesti ja tiivistetty vapaassa tekstimuodossa potilaalle.

Päiväys: 1.10.2012
Nimi: Pauliina Potilas
Henkilötunnus: 230462-4321

Olen nimennyt hoidon tarpeekseni: Tupakointi ja huolimattomuus lääkkeiden käytössä.

Koordinoiva taho: Terveyskeskus
Koordinoiva ammattihenkilö: Hellä Hoitaja
Koordinoiva palveluyksikkö: Terveysshyötypalvelut

Tavoitteekseni olen asettanut: tupakoinnin lopettamisen ja lääkehoidon säännöllisen toteutumisen.

Lääkäri Lasse Tohtorinen on suositellut tavoitearvoikseni:

- Painotavoite on pienempi kuin 85 kg.
- Verenpainetason tavoite on pienempi tai yhtä suuri kuin 130/85 mmHg.
- LDL-kolesterolitason tavoite on pienempi tai yhtäsuuri kuin 3.0 mmol/l.
- Muu tavoitteen yksilöivä tekijä: PEF, tavoitetaso: suurempi tai yhtäsuuri kuin 380

Tavoitteeseen päästäkseni olen päättänyt: osallistua tupakoinnin lopettamiseen tähtäävään ryhmätoimintaan. Lisäksi pyrin vähentämään 1 savukkeen päivässä viikon ajan. Seuraavalla viikolla vähennän jälleen 1 savukkeen päivässä. Otan tarvittaessa tupakastavieroitusvalmisteen käyttööni. Hankin dosetin, joka tukee suunkautta otettavaa lääkettä ja samalla muistuttaa hengitettävien lääkkeiden otosta.

Terveyskeskuksen toimintayksikkö: Terveyskeskus
Palveluyksikkö: Terveysshyötypalvelut

Omahoidon tueksi on sovittu seuraavaa: Sairaanhoidajan puhelinvastaanotto tupakkaryhmän päätyttyä. Sähköisen palvelun kautta kerron hoitovastaavalleni viikon välein tupakan vähennysyrityksen onnistumisesta.

Tämän suunnitelman on laatinut/ovat laatineet kanssani:

Sairaanhoidaja Hellä Hoitaja
Ammattihenkilön yksilöivä tunnistus: 12345678901

Lisätiedot:

Iän ja sukupuolen mukainen pef-viitearvon alaraja 380 l/min, johon pyritään.

Jos pef alle 330 l/min, Symbicort annokseen 3-4 ann x2/vrk, 1-2 viikko ajaksi, yhteys hoitavaan tahoon.

Jos pef alle 270 l/min, Prednisolon-kuurin aloitus ja yhteys hoitavaan tahoon/päivystykseen.

Hoitajakontrolli ja edeltävä pef-hoitovasteseuranta 3-4 kk, lääkärille 6-8 kk (spirometria, pefhoitovasteseuranta, verenpaineen kotimittaukset)

Tarvittaessa tupakanvieroitusoireisiin valmiste NN.

Diagnoosit:

J45.1 Ei-allerginen astma
J44.8 Keuhkoastma
I10 Essentiaalinen (primaarinen) verenpainetauti
E03.9 Määrittämätön kilpirauhasen vajaatoiminta
Z72.0 Tupakan käyttö

19 Tahdonilmaukset

HYVÄ TIETÄÄ

Potilas voi ilmaista omaan hoitoonsa liittyviä linjauksia hoitotahdolla ja elinluovutustahdolla. Potilaan tahdonilmauksia varten on toteutettu sähköiset asiakirjat, jotka mahdollistavat tahdonilmausten hallinnan myös Kanta-palveluissa. Potilas voi itse hallita tahdonilmauksiaan terveydenhuollossa tai Omakanta-palvelun kautta.

19.1 Hoitotahto

Hoitotahdolla kansalainen ilmaisee tulevaa hoitoaan koskevat toiveet siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan synn vuoksi. Hoitotahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja (Virkkunen ym. 2016), mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää hoitotahtoaan Omakannan kautta, mutta tässä oppaassa kuvataan hoitotahdon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön kirjausten näkökulmasta. Hoitotahdon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta. Voimassa olevan hoitotahdon katselu edellyttää kuitenkin hoitosuhdetta potilaaseen.

Potilaan perustiedoista hoitotahtoon kirjataan nimi ja henkilötunnus. Varsinainen hoitotahto koostuu kentistä ”*Kumoan voimassaolevan hoitotahtoni*” ja ”*Määrään hoitotahdostani seuraavaa*” sekä varsinaisesta hoitotahdon sisällön kuvauksesta, joka voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä. Tahdonilmaisuun liitetään tieto tahdonilmauksen ajankohdasta ja tekopaikasta sekä tieto SOTE-organisaatiorekisterin mukaisesta palveluyksiköstä silloin kun hoitotahto kirjataan terveydenhuollossa. Tahdonilmaisuus tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omassa potilastietojärjestelmässä ja samalla Tiedonhallintapalveluun, josta se on tarvittaessa haettava.

Lisäksi tiedon potilaan voimassa olevasta hoitotahdosta tulee näkyä riskitiedoissa, vaikka varsinaista hoitotahtoa ei riskitietoon kirjatakaan. Kun Tiedonhallintapalvelun koosteet otetaan Kanta-palveluissa käyttöön, riskitieto kirjautuu automaattisesti hoitotahdon kirjaamisen yhteydessä. Kun hoitotahto kirjataan potilaan pyynnöstä terveydenhuollossa, tulisi lisäksi potilaskertomukseen tehdä merkinnät, että potilaalle on annettu riittävä selvitys vaikutuksista, joita hänen tahtonsa noudattamisesta voi seurata.

19.2 Elinluovutustahto

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (101/2001) muuttui 1.8.2010. Uusittu laki korostaa ihmisen omaa tahtoa hänen elintensä luovuttamiseen toisen ihmisen hoitoa varten. Lainmuutoksessa kuolleelta tapahtuvaa elinten ja kudosten irrottamista koskevaa suostumussäännöstä muutettiin periaatteiltaan. Nyt elimiä voidaan irrottaa, kun ei ole tiedossa tai kun ei ole syytä olettaa, että vainaja olisi eläessään vastustanut toimenpidettä.

Elinluovutustahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja (Virkkunen ym. 2016), mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää elinluovutustahtoaan Omakannan kautta, mutta tässä oppaassa

kuvataan elinluovutustahdon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön kirjausten näkökulmasta. Elinluovutustahdon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta potilaaseen, mutta elinluovutustiedon katselu edellyttää hoitosuhdetta.

Elinluovutusasiakirjaan kirjataan potilaan nimi ja henkilötunnus. Potilaan tahto (Kyllä, luovutan elimeni ja kudokseni. / Ei, en luovuta elimiäni tai kudoksiani.) kirjataan kyllä/ei -tietona. Mahdollinen lisähuomautus on mahdollista kirjata vapaana tekstinä. Elinluovutustahtoon kirjataan myös paikka ja aika sekä palveluyksikön tiedot SOTE-organisaatiorekisterin perusteella silloin kun elinluovutustahto kirjataan terveydenhuollossa. Tahdonilmaisu tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omassa potilastietojärjestelmässä ja samalla Tiedonhallintapalveluun.

Vanhentunut

20 Ostopalvelun valtuutus

HYVÄ TIETÄÄ

Kun palveluja hankitaan ostopalveluna tai muulla vastaavalla tavalla, tulee siinä laaditut asiakirjat arkistoida palvelunjärjestäjän rekisteriin. Ostopalvelun järjestäjän ja tuottajan tulee sopimuksessa määritellä, miten ostopalvelun asiakirjojen arkistointi toteutetaan. Ostopalvelun valtuutuksella palvelunjärjestäjä määrittää nimetyn palveluntuottajan oikeudet käyttää palvelunjärjestäjän potilasasiakirjoja ostopalvelun toteutuksessa ja oikeudet arkistoida ostopalvelussa syntyneet asiakirjat palvelunjärjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistossa. Ostopalvelun valtuutus voi olla väestötasoinen tai potilaskohtainen ja sille tulee määrittää voimassaoloaika.

Ostopalvelun järjestäjä on palvelunantaja, joka on lain tai muun velvoitteen johdosta vastuussa ostopalvelun järjestämisestä. Ostopalvelun järjestäjä on aina palvelun alkuperäinen tilaaja. Palvelunjärjestäjä voi toteuttaa ostopalvelun itse tai hankkii sen joltakin toiselta palvelunantajalta. Ostopalvelun tuottajalla tarkoitetaan palvelunantajaa, joka toteuttaa varsinaisen potilaaseen kohdistuvan hoidollisen tai muun ostopalvelun.

Ostopalvelussa syntyvät potilaan asiakirjat kuuluvat palvelunjärjestäjän rekisteriin. Ostopalvelussa tehdyt kirjaukset potilaan hoidosta tehdään samoin periaattein kuin kaikki muutkin arkistoitavat potilasmerkinnät. Potilaan loogiseen henkilörekisteriin sisältyvät kaikki hänestä toteutetut kertomustiedot, tutkimustulokset, lausunnot ja muut vastaavat asiakirjat.

Ostopalvelun valtuutuksella palvelunjärjestäjä voi antaa palveluntuottajalle oikeuden palvelunjärjestäjän rekisterissä olevien potilastietojen käyttöön sekä oikeuden ostopalvelussa syntyvien potilastietojen arkistointiin palvelunjärjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistossa. Ostopalvelun tuottaja luo yleensä palvelutapahtuman, johon se arkistoi ostopalvelusta syntyvät tiedot, mutta palvelujen järjestäjä voi edellyttää tietojen tallentamista jo olemassa olevaan palvelutapahtumaan (esimerkiksi kuvantamisen tutkimukset/lausunnot).

Ostopalvelun valtuutuksen toiminnallisia määrittelyjä on kuvattu tarkemmin julkaisussa [Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille](#) (Korhonen & Rätty, 2017).

20.1 Edellytykset ostopalvelun valtuutukselle

Ostopalvelun valtuutus edellyttää, että ostopalvelun järjestäjän ja tuottajan kesken on laadittu sopimus palvelun tuottamisesta ja siihen liittyvistä järjestelyistä. Lisäksi molempien osapuolten tulee olla Potilastiedon arkiston käyttäjiä ja kummallakin tulee olla käytössään ostopalvelun valtuutuksen toiminnallisuuksiin kykenevä ja sertifioitu tietojärjestelmä. Valtuutuksen toteutuminen edellyttää myös, että ostopalvelun järjestäjä on tallentanut Potilastiedon arkistoon palveluntuottajakohtaisen valtuutuksen. Ostopalvelun tuottajan ja potilaan välillä tulee olla todennettavissa hoitosuhde silloin kun ostopalvelun tuottaja käyttää tai arkistoi potilasta koskevia tietoja.

Ostopalvelun valtuutus voidaan antaa vain potilaalle, jolla on virallinen henkilötunnus. Ostopalvelun valtuutuksen nojalla ei voi arkistoida palvelunjärjestäjän rekisteriin, mikäli potilaalla

on tilapäinen yksilöintitunnus. Ostopalvelun järjestäjän ja tuottajan pitää keskinäisin sopimuksin sopia miten näiden potilaiden hoitotilanteissa toimitaan.

Harvinaisemmassa tapauksessa potilaan henkilötunnus saattaa vaihtua ostopalveluvaltuutuksen voimassaolon aikana. Tällöin potilaan tietojen päivittäminen on palvelun järjestäjän vastuulla, koska se vastaa potilaan hoidosta. Ostopalvelun järjestäjän tulee ilmoittaa tieto henkilötunnuksen vaihtumisesta valtuutetulle ostopalvelun tuottajalle, joka korjaa potilaan henkilötunnuksen omaan järjestelmäänsä. Aiempi ostopalveluvaltuutus ei näin ole enää voimassa, koska potilaan tiedot ovat "virheelliset". Palvelun järjestäjän tulee päättää aiempi valtuutus ja tehdä uusi voimassaolevalla henkilötunnuksella.

20.2 Ostopalvelun valtuutuksen laatiminen

Ostopalvelun järjestäjä voi valtuuttaa palveluntuottajan arkistomaan ostopalvelussa syntyneet asiakirjat suoraan palvelunjärjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistossa. Lisäksi palvelunjärjestäjä voi valtuutuksessa määrittää palveluntuottajan käyttöoikeudet palvelunjärjestäjän potilasasiakirjoihin Potilastiedon arkistossa. Ostopalvelun valtuutus on joko väestötasoinen tai potilaskohtainen ja se on voimassa ennalta määritellyn ajanjakson.

Väestötasoinen ostopalvelu on laajaa väestöryhmää koskeva palvelu, jossa potilaita ei yksilöidä etukäteen (esimerkiksi seulontatutkimukset). **Potilaskohtainen** ostopalvelu tarkoittaa puolestaan tilannetta, jossa yksilöidylle potilaalle järjestetään ostopalvelua (esimerkiksi terapia tai toimenpide). Palvelusetelillä tai vastaavalla tavalla tuotetussa ostopalvelussa potilas voi itse valita ostopalvelun järjestäjän hyväksymistä tuottajista. Tämä toimintamalli vastaa Potilastiedon arkiston näkökulmasta potilaskohtaista ostopalvelua.

Ostopalvelun järjestäjä laatii palveluntuottajakohtaisen ostopalvelun valtuutuksen järjestelmässään OSVA-lomakenäkymälle ja tallentaa sen Potilastiedon arkistoon. Valtuutuksesta tulee ilmetä palvelunjärjestäjä (rekisterinpitäjä) ja rekisteri, sekä palveluntuottaja, ostopalvelun voimassaoloaika, valtuutuksen laajuus (käyttö- ja arkistointioikeudet) sekä valtuutuksen tyyppi (väestötasoinen tai potilaskohtainen).

Potilaskohtaisessa valtuutuksessa tulee olla myös yksilöidyt tiedot potilaasta. Valtuutuslomakkeen tiedot saadaan pääosin suoraan joko potilastieto- tai erillisjärjestelmästä, eikä kaikkia tietoja tarvitse merkitä valtuutukseen erikseen. Valtuutus voidaan tuottaa esimerkiksi ostopalvelun järjestäjän palvelusetelejä hallinnoivassa erillisjärjestelmässä. Palvelusetelijärjestelmä tuottaa lomakkeen tiedot palvelusetelitietojen perusteella sen jälkeen, kun asiakas on valinnut tuottajan järjestäjän määrittelemistä tuottajista. Erillisjärjestelmä käsittelee vain ostopalvelun valtuutuksia, eikä sen käyttämillä ostopalvelun valtuutuksen palvelupyynnöillä pääse hakemaan tai käsittelemään hoitoasiakirjoja ostopalvelun järjestäjän rekistereistä.

Palvelunjärjestäjä laatii ja arkistoi väestötasoisien tai potilaskohtaisen valtuutuksen siinä vaiheessa, kun tiedetään, kuka ostopalvelun tuottaja on. Ostopalvelun valtuutuksen avulla palveluntuottajalle voidaan luovuttaa Potilastiedon arkistosta ostopalveluun liittyviä tietoja järjestäjän rekisteristä silloinkin, kun potilas ei ole antanut Kanta-suostumusta tai hän on kieltänyt ostopalvelun järjestäjän potilastietojen luovuttamisen Potilastiedon arkistosta.

20.2.1 Käyttö- ja arkistointioikeudet väestötasoisessa valtuutuksessa

Väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksessa palveluntuottajalle on aina annettava arkistointioikeus palvelunjärjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistossa. Ostopalvelun järjestäjän tulee

lisäksi määritellä, antaako se palveluntuottajalle käyttöoikeudet palvelunjärjestäjän rekisteriin vai ei. Esimerkiksi päivystyksessä ostopalvelun palveluntuottajalle annetaan laaja käyttöoikeus kaikkiin palvelunjärjestäjän rekisterissä oleviin potilastietoihin sekä arkistointioikeus. Sen sijaan esimerkiksi seulontatutkimuksissa, jossa tietty väestönosa tai ikäluokka kutsutaan esimerkiksi mammografiatutkimukseen, ovat tilanteita, joissa palveluntuottajalle ei tarvitse valtuuttaa käyttöoikeutta potilastietoihin. Palveluntuottajalle annetaan vain oikeus arkistoida palvelun toteutuksen tiedot, kuten seulontatutkimuksen tulokset, palvelunjärjestäjän rekisteriin.

20.2.2 Käyttö- ja arkistointioikeudet potilaskohtaisessa valtuutuksessa

Potilaskohtaisessa ostopalvelun valtuutuksessa palvelunjärjestäjä määrittelee, mitä sen potilasrekisterissä olevia, yksilöidyn potilaan asiakirjoja palveluntuottaja tarvitsee ostopalvelun tuottamiseen. Ostopalvelun järjestäjä voi valita luovutettavaksi

- kaikki oman potilasrekisterinsä yksilöityä potilasta koskevat asiakirjat
- rajatun aikavälin asiakirjat tai
- potilaan tiettyjä palvelutapahtumia koskevat asiakirjat

Palvelunjärjestäjä voi myös määritellä, ettei palvelun tuottamiseen tarvita lainkaan käyttöoikeutta potilasta koskeviin asiakirjoihin palvelunjärjestäjän rekisterissä. Palveluntuottajalle on kaikissa tilanteissa kuitenkin annettava oikeus arkistoida ostopalvelussa syntyvät tiedot. Ostopalvelun järjestäjä voi ilmoittaa erikseen palvelutapahtuman, johon palveluntuottaja voi liittää arkistoitavat asiakirjat, ellei ole sovittu, että palveluntuottaja tuottaa palvelutapahtuman itse palvelunjärjestäjän rekisteriin.

20.3 Ostopalvelun valtuutuksen hallinnointi

Ostopalvelun järjestäjä voi hakea Potilastiedon arkistoon tallentamansa ostopalvelun valtuutuksen tai sen kuvailutiedot valtuutuksen katselua, korjausta tai mitätöintiä varten. Valtuutuksen haku ei edellytä hoitosuhteen varmentavaa palvelutapahtuma-asiakirjaa, eikä haun yhteydessä tarkisteta potilaan Kanta-suostumusta tai kieltoja. Palvelunjärjestäjä voi tarvittaessa korjata ostopalvelun valtuutuksen tietosisältöä, jos

- potilas peruu tai vaihtaa palveluntuottajaa
- järjestäjä vaihtaa palveluntuottajaa
- valtuutuksen voimassaoloaika tai luovutettavan aineiston laajuutta muutetaan

Palvelunjärjestäjä voi myös mitätöidä ostopalvelun valtuutuksen, jos se on annettu väärälle potilaalle. Jos palveluntuottaja vaihtuu, kyseitä palveluntuottajaa koskevan ostopalvelun valtuutuksen voimassaoloaika päätetään ja tehdään uusi ostopalvelun valtuutus uudelle ostopalvelun tuottajalle. Ostopalvelun tuottaja voi hakea palvelunjärjestäjän rekisteristä ne ostopalvelun valtuutukset, joissa se on nimetty palveluntuottajaksi, katselua varten. Potilastiedon arkisto palauttaa haun perusteella palveluntuottajakohtaisesti vain voimassa olevan ostopalvelun valtuutuksen viimeisimmän version.

Jos samalle ostopalvelun tuottajalle löytyy useampia voimassaolevia valtuutuksia, haun tulos rajataan valtuutusten yhdistelmän mukaisesti. Esimerkiksi jos ostopalvelun järjestäjän ja tuottajan kesken on laadittu samalle potilaalle kaksi potilaskohtaista ostopalvelun valtuutusta, jossa toisessa on sallittu palvelutapahtuma A:n asiakirjojen käyttö ja toisessa valtuutuksessa palvelutapahtuma B:n asiakirjojen käyttö, niin molempien tapahtumien tietoja saa käyttää niin kauan, kun kumpikin valtuutus on voimassa. Sen sijaan, jos esimerkiksi samalle potilaalle on voimassa sekä potilaskohtainen että väestötasoinen ostopalvelun valtuutus ostopalvelun järjestäjän ja tuottajan välillä, toimitaan väestötasoisesta valtuutuksesta oikeuksilla, vaikka potilaskohtaisessa ostopalvelun valtuutuksessa olisikin jokin rajoitus.

Kun ostopalvelun tuottaja hakee valtuutuksen ostopalvelun järjestäjän rekisteristä, haku ei edellytä hoitosuhteen varmentavaa palvelutapahtuma-asiakirjaa, eikä siinä yhteydessä tarkisteta potilaan Kanta-suostumusta tai kieltoja. Ostopalvelun tuottaja ei voi korjata tai mitätöidä palvelun järjestäjän arkistointia valtuutusta.

20.4 Potilasasiakirjojen käsittely ostopalvelussa

20.4.1 Potilasasiakirjojen haku ja käyttö

Kun ostopalvelun tuottaja hakee Potilastiedon arkistosta potilaan asiakirjoja ostopalvelun toteuttamiseksi, Tiedonhallintapalvelu tarkistaa ensin, että ostopalvelun järjestäjä on valtuuttanut kyseisen palveluntuottajan ostopalvelun valtuutuksella. Lisäksi Tiedonhallintapalvelu tarkistaa hoitosuhteen todentavan palvelutapahtuman palvelunjärjestäjän rekisteristä sekä potilaan Kanta-suostumuksen.

Haku palauttaa ostopalvelun tuottajalle potilaan asiakirjat palvelunjärjestäjän rekisteristä valtuutuksen mukaisesti riippumatta siitä, onko potilaalla Kanta-suostumusta tai luovutuskieltoja järjestäjän rekisterin tietoihin. Valtuutuksen luovutusten rajaukset eivät koske muiden palvelunantajien (rekisterinpitäjien) potilastietojen luovutusta tai niihin kohdistettuja luovutuskieltoja Potilastiedon arkistosta. Näin ostopalvelun tuottaja saa ostopalvelua toteuttaessaan käyttöönsä muiden palvelunantajien rekistereistä kyseisen potilaan tietoja ja asiakirjoja hänen Kanta-suostumuksen ja mahdollisten luovutuskieltojen mukaisesti. Ostopalvelun valtuutuksen ja arkiston luovutushaun perusteella Potilastiedon arkistosta haettujen potilastietojen lisäksi palveluntuottaja voi käyttää omassa järjestelmässä olevaa tietoa potilaasta ostopalvelua toteuttaessaan.

Ostopalvelun toteuttamisen yhteydessä tapahtuvaa hätätilannetta varten palveluntuottajalla on käytössä hätätilanteessa tehtävät haut. Hoitosuhteen todentaminen tapahtuu tällöin ostopalvelun valtuutuksen periaatteiden sekä Kanta-suostumuksen ja *Luovutuskieltojen käsittely hätätilanteessa* -periaatteiden mukaisesti. Hätähaku ei huomioi valtuutuksen mahdollisia rajoituksia, vaan Potilastiedon arkisto palauttaa potilaan tiedot (ostopalvelun järjestäjän ja muiden palvelunantajien) tiedot voimassaolevien kieltojen mukaisesti rajattuina. Jos potilas on määrännyt kiellot ohitettavaksi hätätilanteessa, tietojen luovutusta ei rajata lainkaan.

Kun ostopalvelun valtuutus päättyy, palveluntuottaja saa ostopalvelussa arkistointinsa asiakirjat käyttöönsä Potilastiedon arkistosta ainoastaan luovutuksen kautta palvelunjärjestäjältä. Palveluntuottaja saa säilyttää omassa järjestelmässä ostopalvelutilanteissa syntyneitä potilastietoja laadunvalvontaa, tilastointia ja laskutusta varten, mutta kopiot potilastiedoista tulee hävittää em. käyttötarkoituksen jälkeen.

20.4.2 Potilasasiakirjojen arkistointi, korjaus ja mitätöinti

Aina, kun ostopalvelun tuottaja arkistoi ostopalvelutilanteessa syntyneitä asiakirjoja järjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistoon, Tiedonhallintapalvelu tarkistaa valtuutuksen ja hoitosuhteen (palvelutapahtuma-asiakirjan) voimassaolon. Palveluntuottajan potilastietojärjestelmä muodostaa ostopalvelussa syntyvien merkintöjen pohjalta potilaskohtaiset kertomus- ja lomake-asiakirjat ja arkistoi ne palvelunjärjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistoon.

Mitään ostopalvelun toteuttamisen aikana syntyneitä hoitotietoja ei arkistoida palveluntuottajan rekisteriin Potilastiedon arkistoon. Mikäli ostopalvelun yhteydessä syntyy tietoja, joita ei voida arkistoida palvelunjärjestäjän rekisteriin, on palvelunjärjestäjän ja -tuottajan sopimuksin määriteltävä, miten kyseisten potilastietojen kanssa toimitaan.

Ostopalvelun järjestäjä on ostopalvelussa tuotettujen asiakirjojen rekisterinpitäjä, joten tarvittaessa se voi aina korjata tai mitätöidä asiakirjan. Ensisijaisesti korjauksen tai mitätöinnin tekee kuitenkin ostopalvelun tuottaja. Palveluntuottaja saa korjata tai mitätöidä ainoastaan niitä asiakirjoja, jotka se on itse ostopalvelutilanteessa tuottanut ja arkistoinut palvelunjärjestäjän rekisteriin.

Mikäli palvelunjärjestäjän käytössä olevalla tietojärjestelmällä ei pysty muokkaamaan palveluntuottajan tietojärjestelmän tuottamia asiakirjoja, on kaksi mahdollista menettelytapaa. On mahdollista pidentää ostopalveluvaltuutusta, jotta palveluntuottajalla on mahdollisuus muokata tietoja. Vaihtoehtoisesti palvelunjärjestäjä hakee arkistosta palveluntuottajan tallentaman asiakirjan omaan tietojärjestelmäänsä, tekee asiakirjalle tarvittavat muutokset ja tallentaa sen uutena asiakirjana arkistoon. Vanha versio asiakirjasta on tarvittaessa haettavissa tausta-arkistosta.

Jälkimmäisessä toimintamallissa on huomioitava, että palveluntuottajan tiedot asiakirjan metatiedoista häviävät. Asiakirjan tallentaja on asiakirjaa muokkaava taho, palvelunjärjestäjä, eikä palveluntuottajatietoa enää näy. Muokattuun tekstiin tulee merkintä selvästi, missä ostopalvelu toteutettiin ja että kyseisen asiakirjan tekstiä on muokattu palvelunjärjestäjän toimesta. Kun palveluntuottaja korjaa tai mitätöi asiakirjaa, Tiedonhallintapalvelu tarkastaa, että hoitosuhteen todentava palvelutapahtuma ja ostopalvelun valtuutus edelleen sallivat palveluntuottajalle asiakirjan arkistoinnin. Arkistointi on mahdollista ostopalvelun valtuutuksella myös sen jälkeen, kun valtuutuksen voimassaolo on päättynyt, mutta tietojen käyttö, korjaaminen tai mitätöinti ei ole valtuutuksen päätyttyä enää mahdollista.

21 Potilastietojen luovutus

HYVÄ TIETÄÄ

Potilastietojen luovuttamista Potilastiedon arkistosta säädellään lailla, ja potilas voi rajata potilastiedon luovuttamista suostumus- ja kieltoasiakirjoilla. Asiakirjojen muodostaminen edellyttää potilaan informointia terveydenhuollon sähköisistä tietojärjestelmäpalveluista ja niihin liittyvästä potilastiedon sähköisestä käsittelystä. Potilaan informointi-, suostumus- ja luovutuskietoasiakirjat ovat Tiedonhallintapalvelun ylläpidettäviä asiakirjoja. Potilas voi hallinnoida näiden asiakirjojen sisältöä terveydenhuollossa tai Omakannassa. Tätä lukua kirjoitettaessa on valmisteltu useita lakimuutoksia, mm. asiakastietolakiin (159/2007). **Luvun ohjeet päivitetään lakimuutosten tultua voimaan.**

Potilastiedon arkistossa on julkaistu omat lomakkeensa potilaan informoinnin, suostumuksen ja luovutuskielten varmentamiseen ja hallintaan. Lisäksi reseptin mahdolliset kiellot kirjataan omalle asiakirjalleen. Luovutukseen liittyvät rakenteet on koottu taulukkoon 15. Tässä oppaassa kuvataan terveydenhuollon toimintayksikössä annettavaa informointia ja suostumus- tai kieltotiedon kirjaamista. Henkilö voi hallita potilastietonsa luovutuksiin liittyviä tietojaan terveydenhuollossa tai Omakannan kautta. Lisäohjeita löytyy kanta.fi-sivustolta.

Taulukko 15. Potilastiedon luovutustenhallinnan kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
eArkisto/Lomake - Potilaan informointiasiakirja
eArkisto/Lomake - Suostumus ja suostumuksen peruutus
eArkisto/Lomake - Luovutuskieto ja luovutuskieillon peruutus
epSOS/Lomake - Informointi ja suostumus
Sähköinen lääkemääräys/Lomake - Lääkemääräystietojen luovutuskieto
SOTE-organisaatiorekisteri
KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus

21.1 Potilastietojen luovutuksen peruskäsitteet

Potilastietojen luovutukseen Potilastiedon arkistosta liittyvät seuraavat käsitteet:

- Potilastiedon luovutus on potilastiedon toimittamista valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla tai muulla tavoin toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle. Luovutuksen tulee perustua potilaan suostumukseen tai luovutuksen oikeuttavan lain säännökseen.

- Suostumus on vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen tahdonilmaisu, jolla potilas hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn. Suostumuksen antajan tulee tietää, missä asioissa hänen suostumustaan tarvitaan ja mihin hän suostuu.
- Kielto koskee tilannetta, jossa potilas rajaa potilastietojensa luovuttamisen ja käytön muilta kuin potilastiedot tuottaneelta rekisterinpitäjältä.

21.2 Potilastietojen luovutus perustuu lakiin

Suostumus on potilaan vapaaehtoisesti antama kirjallinen tai suullinen tahdonilmaisu, jolloin hän on tietoinen tietojen luovuttamisesta, luovutuksensaajasta, luovutettavista tiedoista sekä luovutettavien tietojen käyttötarkoituksesta ja luovuttamisen merkityksestä (PotL 13 §).

Kanta-palvelujen Potilastiedon arkiston sisältämien potilaan tietojen luovutuksen hallinta perustuu asiakastietolakiin (159/2007). Terveystietolain (1326/2010) on lisäksi kuvattu oma, yhteistä potilastietorekisteriä koskeva suostumuskäytäntönsä. Asiakastietolain (159/2007) mukainen informointi-, suostumus- ja kieltomalli ja terveydenhuoltolain mukainen informointi- ja kieltomalli on määritelty yhdenmukaisiksi (STM 2012). Myös laissa sähköisestä lääkemääräyksestä on kuvattu reseptiin sisältyvien tietojen hallintaa. Lisäksi epSOS-pilottiin (vuosina 2011–2014) kuvattiin potilaan informointi ja suostumus eurooppalaiseen rajat ylittävään potilastiedon vaihtoon.

Terveystietolain mukaan sairaanhoitopiiriin yhteisen potilastietorekisterin potilastietoja voidaan käyttää hoitosuhteessa eri rekisterinpitäjien tai toimintayksiköiden välillä ilman potilaan erillistä suostumusta. Tämä edellyttää sitä, että potilasta on informoitu potilastiedon luovutuskäytännöstä ja mahdollisuudesta rajata potilastiedon luovutusta, mutta potilas ei ole tehnyt luovutuskieltoa. Asiakastietolain (159/2007) mukainen potilastietojen luovutus koskee terveydenhuollon palvelujen antajien välillä tapahtuvaa potilastiedon luovutusta terveyden- ja sairaanhoidon käyttötarkoitukseen Kanta-palvelujen avulla, kun potilas on antanut suostumuksensa siihen. Suostumuksen edellytyksenä on potilaan informointi valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista. Halutessaan potilas voi milloin tahansa rajata suostumusta erillisillä kielloilla kohdistuen kiellon johonkin tiettyyn palvelunantajaan, palvelunantajan rekisteriin tai yksittäiseen palvelutapahtumaan.

Suostumus ei koske palvelunantajan omassa toiminnassa syntyneen potilastiedon hakemista Potilastiedon arkistosta, jolloin on kyse ”organisaation oman” tiedon käyttämisestä. Potilastietojen luovuttamisen periaatteita on kuvattu tarkemmin Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa (Potilastiedon arkiston määrittelyt 2018) ja Yhteisrekisterin määrittelyssä (Vuokko ym. 2016). Potilastiedon luovuttamiseen liittyvät asiakirjat ovat Tiedonhallintapalvelun ylläpidettäviä asiakirjoja, mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään niitä.

Potilaan informointiin valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista, potilaan suostumuksen ja kieltöjen antamiseen tai peruuttamiseen on julkaistu sähköiset asiakirjat kansallisella Kooditopalvelimella nimillä Potilaan informointiasiakirja, Suostumus ja suostumuksen peruutus ja Luovutuskielto ja luovutuskieillon peruutus. Näitä asiakirjoja käytetään, kun potilas haluaa antaa tai peruuttaa suostumuksensa ja/tai hallita kieltotietojaan palvelunantajan luona asioidessaan. Potilaalla on lisäksi mahdollisuus hallita suostumuksiaan ja kieltöjaan Omakanta-palvelun avulla. Alla on kuvattu sähköisten asiakirjojen tietosisältö terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta.

21.3 Informointiasiakirja

Potilaan saama informointi terveydenhuollon valtakunnallisista sähköisistä palveluista ja potilastietojen käsittelystä merkitään informointiasiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallennus merkitsee tiedon siirtymistä myös Potilastiedon arkistoon, Omakantaan ja Tiedonhallintapalveluun. Informointiasiakirjaan voidaan tallentaa potilaan informointi aihealueittain seuraavasti:

- Potilas on informoitu sairaanhoitopiirien yhteisistä potilastietorekistereistä.
- Potilas on informoitu Kanta-palveluista ja Potilastiedon arkistosta.
- Potilas on informoitu Kanta-palveluista ja Reseptikeskuksesta.

Informointiasiakirja sisältää potilaan perustiedoista nimen ja henkilötunnuksen. Informointi kirjataan aiheittain, kuten "Kanta-arkisto informointi", kyllä/ei -kentällä. Informointitietoa voidaan tarkentaa tiedolla siitä, onko alaikäisen potilaan informointi annettu huoltajalle (kyllä/ei -kenttä). Asiakirja sisältää myös tiedon informoinnin kirjaajasta (nimi ja henkilötunnus), ajankohdasta ja palveluyksiköstä, jossa informointi on kirjattu. Informointiasiakirjaan voidaan tarkentaa kyllä/ei-kentillä, onko potilas vastaanottanut informaation suullisesti vai kirjallisena. Potilasta voidaan informoida kerran per aihealue. Informointia ei voi peruuttaa. Yhteisrekistereissä pelkkä potilaan informointi sähköisistä palveluista riittää, eikä häneltä kysytä erillistä suostumusta.

21.4 Suostumusasiakirja

Potilaan Kanta-suostumus ja sen mahdollinen peruutus kirjataan suostumusasiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallennus merkitsee tiedon tallentumista myös Potilastiedon arkistoon, jolloin luovutustieto on käytettävissä myös Tiedonhallintapalvelussa ja Omakannassa.

Suostumusasiakirja sisältää potilaan perustiedoista nimen ja henkilötunnuksen. Potilaan tietoihin voidaan lisäksi kirjata tieto siitä, että potilas ei ole kykeneväinen itse allekirjoittamaan suostumusta tai sen peruutusta esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi. Tieto voidaan kirjata kyllä/ei-kentällä ja täydentää vapaamuotoisena tekstinä perustekenttään.

Suostumuksen allekirjoitukseen kirjataan ajankohta kellonajan tarkkuudella. Kun potilaan lainallinen edustaja, kuten alaikäisen potilaan huoltaja tai edunvalvoja, allekirjoittaa suostumuksen, hänen henkilötietonsa liitetään asiakirjaan. Kun terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa suostumuksen tai sen peruutuksen potilastietojärjestelmässä, asiakirjaan liitetään myös tiedot ammattihenkilön nimestä, henkilötunnuksesta ja palvelunantajasta SOTE-organisaatiorekisterin mukaisesti.

21.5 Kieltoasiakirja

Potilaan mahdolliset luovutuskiellot ja niiden peruutus kirjataan sähköiseen asiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallentuminen Potilastiedon arkistoon merkitsee samalla, että luovutuskieltotieto on saatavilla Tiedonhallintapalvelussa ja Omakannassa. Sama kielto ohjaa yhteisrekisterin tiedonluovutuksia. Reseptiä varten kuvataan oma, erillinen kieltoasiakirja.

Potilas voi kohdistaa luovutuskiellon yksittäiseen palvelutapahtumaan tai laajemmin palvelunantajaan ja palvelunantajan rekisteriin. Potilaan voimassa oleva luovutuskielto säätelee potilastiedon luovuttamista Potilastiedon arkistosta terveydenhuollon ammattihenkilölle. Kun

potilaalla on voimassa oleva luovutuskielto, ammattihenkilölle ei voida luovuttaa kiellon alaista tietoa, eikä hän saa edes tietoa siitä, että potilaalla on voimassa oleva luovutuskielto.

Luovutuskieltoasiakirjassa potilaan perustiedot koostuvat nimestä ja henkilötunnuksesta. Potilaan tietoihin voidaan lisäksi kirjata tieto siitä, että potilas ei ole kykeneväinen itse allekirjoittamaan luovutuskieltoa tai sen peruutusta esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi. Tieto voidaan kirjata kyllä/ei-kentällä ja täydentää vapaamuotoisena tekstinä perustekenttään.

Terveystieteiden palvelunantajat ja näiden rekisterit, joihin potilaan kiellot kohdistetaan, voidaan kirjata käyttäen *SOTE-organisaatiorekisteriä*. Kielto palvelunantajan rekisteriin voidaan kirjata luokituksella *Potilasasiakirjan rekisteritunnus*. Palvelutapahtuma, joka halutaan kieltää, kirjataan palvelutapahtuman ajankohdan ja OID-tunnisteen avulla.

Luovutuskiellon tai sen peruutuksen allekirjoitukseen kirjaan ajankohta kellonajan tarkkuudella. Luovutuskieltoasiakirjaan voidaan lisätä ehto siitä, että kielletyt tiedot voidaan luovuttaa hätätilanteessa (kyllä/ei-kenttä). Kun terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa luovutuskiellon, asiakirjaan liitetään myös tiedot ammattihenkilön nimestä, henkilötunnuksesta ja palvelunantajasta *SOTE-organisaatiorekisterin* mukaisesti.

21.6 Potilaan tietojen tarkastaminen

Potilaan voimassa oleva suostumus tai tarvittaessa informointi voidaan aina tarkistaa Tiedonhallintapalvelusta. Tiedonhallintapalvelu suodattaa automaattisesti pois kielloilla rajatut tiedot Potilastiedon arkistosta tai Tiedonhallintapalvelusta palautuvasta tiedosta. Reseptikeskus suodattaa vastaavasti palautettavista reseptitiedoista kiellon alaiset tiedot pois. Potilas ei voi luovutuskiellolla estää PKV- ja huumereseptien näkymistä, kun lääkkeen määrääjä on tehnyt määssä PKV- tai huumeresepiä. Tämä edellyttää, että lääkkeen määrääjä tekee Reseptikeskukseen uuden haun PKV- ja huumeresepiteistä.

22 Kirjaamisen standardista

HYVÄ TIETÄÄ

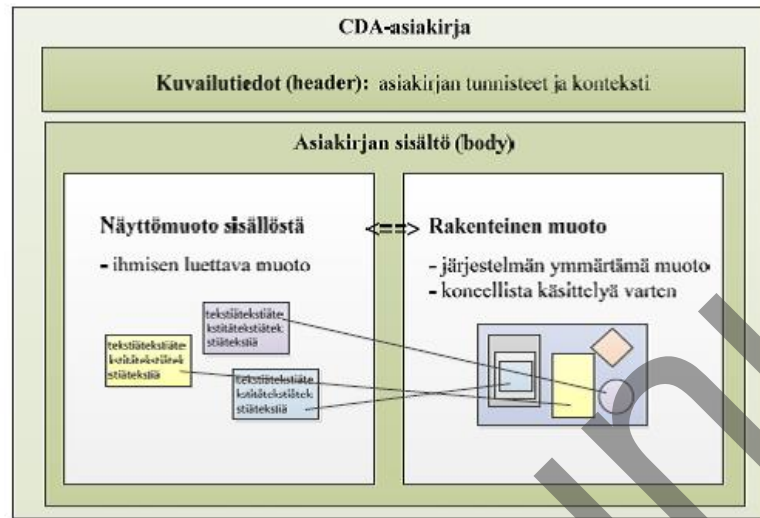
Sähköiseen potilaskertomukseen kirjattavat ja Potilastiedon arkistoon tallennettavat potilaskertomusmerkinnät koostuvat vapaasta tekstistä ja rakenteisesta tiedosta. Sähköinen potilaskertomus noudattaa kansainvälistä CDA-standardia. Potilaskertomuksen CDA-asiakirja jakautuu kahteen pääosaan: metatietoihin, jotka kertovat asiakirjan syntykontekstin, ja varsinaiseen sisältöön. Yleensä potilastietojärjestelmän käyttäjän tarvitsee kirjata vain sisältöä eli potilasasiakirjamerkintöjä. Kun sähköisen potilaskertomuksen käyttäjä kirjaa potilastietoa rakenteisesti, se tarkoittaa, että jokaisen tiedon paikka on määritelty CDA-asiakirjassa ja tieto on helpommin jatkojalostettavassa muodossa. Rakenteisesta tiedosta on erotettavissa ihmisen luettavissa oleva näyttömuoto ja järjestelmän ymmärtämä rakenteinen muoto. Molemmat muodot syntyvät yhdellä kirjauksella, joten muotojen välillä ei voi olla ristiriitaa. Tästä luvusta löytyy lisätietoa CDA-standardista ja siihen liittyvistä periaatteista.

22.1 Sähköisen potilaskertomuksen standardirakenne

Sähköisten potilaskertomuksen tiedonsiirto- ja arkistointirakenteeksi on valittu CDA-standardi (Clinical Document Architecture). Kansainvälisen standardin pohjalta Suomessa on määritelty valtakunnallisia toteutusoppaita potilasjärjestelmien ja potilaskertomuksen tietosisällöille. Yksityiskohtaiset paikallistamis- ja soveltamisoppaat löytyvät HL7-Finland ry:n rajapintakartasta osoitteista www.hl7.fi ja <https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/hl7>.

Tässä luvussa kuvataan CDA-standardia, sen periaatteita ja hyödyntämisestä niiltä osin, kun CDA-standardi vaikuttaa potilaskertomusmerkintöjen kirjaamiseen. CDA-asiakirja jakaantuu kahteen pääosaan: metatietoihin (header eli kuvailutiedot, yksilöintitiedot) ja sisältöön (body). Metatiedot ovat tietoa, joka kuvaavat asiakirjan varsinaista sisältöä ja sen syntykontekstia, kuten tieto asiakirjan tuottaneesta palvelun toteuttajasta ja henkilöstä, asiakirjan luontiaika sekä palvelutapahtuman ajankohta. Tavanomaista on, että potilastietojärjestelmä tuottaa automaattisesti metatiedot asiakirjan header-osaan, eikä käyttäjän tarvitse kirjata niitä manuaalisesti (ks. kuvio 18).

CDA-dokumenttien käsittelyn toteuttamiseen käytetään tietojärjestelmissä rakenteisten XML-dokumenttien käsittelyyn tarkoitettuja säilytys- ja prosessointiratkaisuja. CDA-standardiin on kansainvälisesti määritelty joukko kuvailutietoja eli metatietoja, joita täydentävät suomalaisessa toimintaympäristössä välttämättömiksi määritellyt metatiedot, kuten arkistointiin liittyvät Sähke-suositusten mukaiset tiedot. Kuvailutiedot kertovat asiayhteyden, jossa asiakirjan sisältö on tuotettu. Potilasasiakirjojen kuvailutietoja on kuvattu tarkemmin eri määrittelyissä, kuten *Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille*, *Potilastiedon arkisto: rajapintakäyttötapaukset arkiston ja liittyvän järjestelmän välillä* ja *Potilastiedon arkiston CDA R2 Header*.



Kuvio 18. Sähköiset potilasasiakirjat on toteutettu HL7:n CDA-dokumenttirakenteen pohjalta.

22.2 Näyttömuoto ja rakenteinen muoto

Asiakirjan sisältö ja sisällön kirjaaminen jakautuvat näyttömuotoon ja rakenteiseen muotoon (ks. kuvio 18). Näyttömuoto eli narrative block on dokumentin esitysmuoto ja vastaa tiedon tekstimuotoista näyttämistä potilastietojärjestelmissä. Näyttömuodon tarkoitus on varmistaa asiakirjan luettavuus järjestelmäriippumattomalla tavalla. Se helpottaa samalla käyttäjälle jossakin toisessa potilastietojärjestelmässä tuotetun potilasasiakirjan tulkintaa.

Tiedot tallennetaan sekä näyttömuodossa että rakennemuodossa. Tietoa ei kuitenkaan tarvitse kirjata kahteen kertaan, vaan potilastietojärjestelmä osaa tuottaa kirjatun tietorakenteen perusteella myös näyttömuodon. Rakenteinen muoto mahdollistaa sen, että tietoa voidaan helpommin käsitellä ja jalostaa järjestelmissä esimerkiksi automaattisia päättelyitä, päätöksentukea ja tilastointia varten. Kaikki tieto on kuitenkin näkyvissä näyttömuodossa, vaikka järjestelmä ei osaisikaan hyödyntää kaikkia rakenteita.

Rakenteinen muoto eli entry sisältää tietoa, jonka yksityiskohtainen käsittely ja jalostaminen on mahdollista potilastietojärjestelmissä. Rakenteisessa muodossa esitetään kertomusmerkin töihin sisältyvät tiedot ja lisäksi muita keskeisiä tietoja, kuten teknisiä tietoja tai järjestelmäkoh taisia rakenteita. CDA-standardin mukaisesti rakenne- ja näyttömuodoissa ei saa olla keske- nään ristiriitaisia tietoja.

Kirjaajan kannalta on oleellista, että samaa tietoa ei syötetä kahteen kertaan. Esimerkiksi diagnoositietoa voidaan kirjata rakenteisesti potilastietojärjestelmässä ICD-10-tautiluokituksen avulla. Potilastietojärjestelmä täydentää tällöin järjestelmän käyttämän diagnoosikoodin (koo- diarvo) ja kirjaajan käyttämän koodin mukaisen nimen. Kirjaaja voi halutessaan lisäksi muoka- ta diagnoosin koodin mukaista nimeä tai täydentää diagnoositietoa lisätietokenttään vapaalla tekstillä kuvaillen.

CDA-standardi ei määrittele kuinka rakenteinen tieto tuotetaan asiakirjaan. Järjestelmät voivat tukea rakenteisen tiedon tuottamista eri tavoin. Rakenteiset tiedot voidaan syöttää järjestelmi- en käyttöliittymien kautta esimerkiksi tekstikenttien ja valintalistojen tai valmiiden mallipohjien kautta. Järjestelmissä on mahdollista tukea myös synonyymisanastoja rakenteisiin tietoihin. Rakennetta voidaan periaatteessa myös tuottaa luonnollisen kielen analysointiohjelmistolla

(NLP). Yleisin ratkaisu nykyisissä järjestelmissä on, että rakenteiset tiedot syötetään suoraan järjestelmien käyttöliittymistä.

22.3 CDA-asiakirjan toteutus

Suomalaisissa CDA-standardin soveltamisoppaissa on kuvattu yksityiskohtaisesti, miten potilaskertomukseen sisältyvät asiakirjat esitetään standardin avulla. Soveltamistapaan liittyy kahdenlaisia asiakirjoja: jatkuvaa kertomustekstiä ja määrämuotoisia lomakkeita. Sekä lomakkeissa että kertomustekstissä on viittaukset valtakunnallisen näkymäluokituksen mukaisiin näkymiin.

Terveystietojärjestelmissä käytetään erilaisia todistuksia ja lomakkeita, joiden avulla tietoa on aikaisemmin rakenteistettu paperipohjaisessa järjestelmässä. Lomakkeissa tieto on ryhmitelty kokonaisuuksiksi, jotka sisältävät yksittäisiä kenttiä tiedon kirjaamista varten, kuten potilaan yhteystiedoissa kentät osoite ja puhelinnumero. Kentät voivat sisältää tekstiä tai koodattua tietoa, esimerkiksi äidinkielelle ja sukupuolelle on omat luokituksensa kirjaamista varten. Esimerkiksi todistukset ovat lomakemuotoisia asiakirjoja. Lomakkeet ovat tietokokonaisuuksia, joita halutaan käsitellä yksittäisenä asiakirjana tai liittää toiseen potilasasiakirjaan tai kokonaisuuteen. Lomakkeiden tietosisältö voidaan rakenteistaa kokonaan.

Potilastietojärjestelmissä on useimmille lomakkeille määritelty oma näkymänsä. Kuvio 19 havainnollistaa, miltä lomakerakenteen määrittely näyttää. Taulukkoon eritellään jokainen tietokenttä, jolle kuvataan tietotyyppi, pakollisuus, kentän toistuvuus ja muut kenttää koskevat tiedot. Jokaisella lomakerakenteella, kuten kuviossa 19 näkyvällä terveys- ja hoitosuunnitelman lomakerakenteen alkuosalla on oma yksilöivä tunnuksensa (OID). Myös jokainen lomakkeelle määritelty kenttä saa oman yksilöivän tunnisteen (kuviossa 19 sarake tietokenttätunnus oid). Kullakin lomakerakenteen kentällä on tietotyyppi, kuten otsikko (Label, LB), koodattu arvo (CodedValue, CV), ajankohta (PointInTime, TS), tunniste (InstanceIdentifier, II), henkilön nimi (PersonName, PN) tai merkkijono eli vapaan tekstin kenttä (String, ST). Tietotyyppi ohjaa sitä, kuinka kyseisen kentän tieto tulee kirjata ja kuinka sitä voidaan käsitellä. Esimerkiksi tietotyyppiä PN oleva kenttä rakentuu henkilön nimiin liittyvistä osista, kuten etunimi ja sukunimi. Kentän osilla on myös lisämääreitä, joiden avulla voidaan ilmaista muun muassa henkilön kutsumanimi. Kentässä, johon kirjataan koodattu arvo (CV), kirjaaminen tapahtuu käyttäen kyseiseen kenttään tarkoitettua koodistoa. Tämän vuoksi CV-kenttä edellyttää lisätietona koodiston tunnistetta, joka kuvataan rakennemäärittelyssä koodistoviittauksena. Valtakunnallisesti sote-palveluissa käytetyt koodistot löytyvät myös kansalliselta Koodistopalvelimelta.

CodId	LongName	ParentId	HierarchyLevel	A:Tietyksin oltu tunnus	A:Tietyksin oltu tunnus	A:Tietyksin oltu tunnus	A:Tietyksin oltu tunnus	A:Tietyksin oltu tunnus
1	Terveys- ja hoitosuunnitelma			0 1.2.246.6.12.2002.323.1	Label	LB		
2	Potilaan henkilötiedot	1	1	1 1.2.246.6.12.2002.323.2	Label	LB		
3	Potilaan nimi	2	2	2 1.2.246.6.12.2002.323.3	Person Name	PN	P	
4	Henkilötunnus	2	2	2 1.2.246.6.12.2002.323.4	Instance Identifier	II	P	
5	Päivämäärä	2	2	2 1.2.246.6.12.2002.323.5	Point in Time	TS	P	
100	Hoidon tarve	1	1	1 1.2.246.6.12.2002.323.100	Label	LB		
101	Hoidon tarve	100	2	2 1.2.246.6.12.2002.323.101	String	ST	EP	
102	Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tar	100	2	2 1.2.246.6.12.2002.323.102	String	ST		
111	Hoidon syy	100	2	2 1.2.246.6.12.2002.323.111	Coded Value	CV		T
112	Palvelukokonaisuus	111	3	3 1.2.246.6.12.2002.323.112	Coded Value	CV		
113	Hoidon syyn tarkenne	111	3	3 1.2.246.6.12.2002.323.113	String	ST		
114	Koordinoiva taho	111	3	3 1.2.246.6.12.2002.323.114	String	ST		
115	Koordinoiva ammattihenkilö	114	4	4 1.2.246.6.12.2002.323.115	Person Name	PN		
116	Koordinoiva palveluyksikkö	114	4	4 1.2.246.6.12.2002.323.116	Instance Identifier	II		

Kuvio 19. Tietorakenteen määrittely, esimerkkinä terveys- ja hoitosuunnitelman alkua.

Kirjattaessa koodiarvoista kenttää, potilastietojärjestelmä käsittelee tietoa kentän saaman koodiarvon perusteella, kun taas käyttäjälle näytetään tavallisesti koodin mukainen nimi tai selite. Lomakkeiden toteutuksessa käytetään CDA-standardin mekanismeja, joiden avulla kenttien tunnukset, tietotyypit ja sisällöt voidaan toteuttaa rakenteisina XML-dokumentteina. Lomakkeiden näyttömuotoon ei ole kiinnitetty erityistä huomiota HL7-standardissa. CDA-näyttömuoto voi olla esimerkiksi yksinkertainen listaus kentistä ja niiden tietosisällöistä.

Toinen keskeinen dokumenttityyppi on jatkuvan potilaskertomuksen teksti, joka voidaan esittää CDA-standardin tyypillisin rakentein. CDA-asiakirja koostuu osista (section), joiden sisällä ovat luettavana tekstinä esitettävä näyttömuoto ja tarkemmin rakenteistut tiedot, joita järjestelmät pystyvät käsittelemään. Asiakirjan kuvailutiedoissa kuvataan muun muassa asiakirjan syntykonteksti, mutta kontekstimäärittely on tarvittaessa mahdollista myös ohittaa osiokohdaisesti.

Kuvio 18 näyttää, miten CDA-asiakirja koostuu näyttömuodosta ja rakenteisesta muodosta. Asiakirjan yhteen osioon liittyy yksi näyttömuotoinen kokonaisuus ja vaihteleva määrä rakenteisia tietoja, niiden välisiä suhteita ja ulkoisia viittauksia. Näyttömuodon esittäminen tapahtuu CDA-standardin mukaisesti erillisen XML-skeeman avulla. Rakenteiset tiedot puolestaan esitetään CDA-standardin entry-rakenteiden avulla. Entry-rakenne vastaa merkintää, ja siinä tiedot on ilmaistu rakenteisesti niin, että potilastietojärjestelmät voivat käsitellä ja "ymmärtää" kirjattua tietoa. Entry-rakenteet pohjautuvat HL7 versio 3 -standardin Clinical Statements -malliin, joka mahdollistaa tehtyjen kirjausten ilmaisemisen siten, että eri järjestelmissä voidaan ymmärtää sisältö yhdenmukaisesti.

22.4 Kenttäpituudet rakenteisessa kirjaamisessa

Potilastietojärjestelmät siirtävät ja käsittelevät tietoja CDA-standardin mukaisina XML-asiakirjoina. XML-tiedostoissa olevissa elementeissä ja attribuuteissa ei ole varsinaisia pituusrajoituksia. Järjestelmien toteutuksissa käytettävissä ohjelmointikielissä ja tiedosto- tai tietokantaratkaisissa eri tietokentille määritellään kuitenkin yleensä rajattu maksimikoko, tila tai pituus. Rakenteisen kirjaamisen oppaassa ei yleensä määritellä kenttien pituuksia.

Potilaskertomuskirjauksia tehdään paljon vapaamuotoisena tekstinä. Vapaamuotoiseen tekstikenttään kirjattavan tiedon pituudelle ei ole mielekästä asettaa rajoituksia, mutta joissakin

ratkaisuihin, kuten sähköisen lääkemääräyksen CDA R2 -määrityksissä myös vapaamuotoisten tekstikenttien pituutta on rajoitettu reseptisanoman rajoitteiden vuoksi. Rakenteisesti kirjatavien potilastietojen kenttäpituuksia on kuvattu Kanta-sivuilla kootuissa Potilastiedon arkisto -toteutuksen CDA R2 -määrityksissä niiden tietokenttien osalta, jossa se on relevanttia.

Erimittaiset tietokentät eri järjestelmissä voivat joissakin tapauksissa aiheuttaa järjestelmätason ongelmia. Kukin järjestelmä tekee yleensä tietojen siirtoon liittyvän tarkastuksen, jossa tutkitaan, täyttääkö vastaanotettava tieto tietojärjestelmän asettamat kriteerit muun muassa tiedon pituuden ja sisällön suhteen. Jos tieto ei sovellu käsittelyyn tai tallennukseen, tarkastusohjelma voi aiheuttaa virhetilanteen tai muokata tietoa tallentamiskelpoiseksi. Virhetilanne voi käytännössä pahimmillaan johtaa koko vastaanotettavan tietokokonaisuuden hylkäämiseen ja virheilmoitukseen, jolloin tieto ei tallennukaan suunnitellulla tavalla. Tiedon muokkaaminen vastaanottavassa päässä tilanteen korjaamiseksi puolestaan saattaa hävittää alkuperäisestä lähteestä tulevaa tietoa.

22.5 Päivämäärien ja muiden aikaleimojen kirjaaminen

Yleisesti hoitoon liittyvissä tietorakenteissa yhden päivän tarkkuus riittää useimpien tarvittavien aikatietojen ilmaisemiseen. Se, millä tarkkuudella päivämäärä tai muu aikaleima kirjataan, riippuu kuitenkin tiedon luonteesta ja käyttötarkoituksesta.

CDA-standardi määrittelee kuinka erilaiset aikamäärät esitetään XML-standardin mukaisissa dokumenteissa. CDA-standardi noudattaa ISO-standardointijärjestön mallia, joka sallii vaihtelun tarkkuuden ajankohdissa vuosien tarkkuudesta sekunnin murto-osiin. CDA-standardin tietotyyppi itsessään ei siis rajoita kirjaamista. ISO-standardin mukainen muoto on esimerkiksi yyyymmddhhmmss, jossa

- yyyy on vuosi,
- mm on kuukausi,
- dd on päivämäärä,
- hh on tunti (24 tunnin merkinnällä),
- mm on minuutti
- ss on sekunti

Tekniseen käyttöön tarkoitetuissa aikaleimoissa järjestelmät voivat käyttää automaattisesti asetettavaa tarkkaa aikaleimamuotoa (esimerkiksi sekunti tai millisekunti). Tietorakenteiden yhteentoimivuuden kannalta on tarpeen, että päivämäärätieto tai muu aikaleima on määritelty samalla tavalla potilastietojärjestelmässä ja Potilastiedon arkiston CDA R2 -määrittelyissä. Järjestelmien käyttäjille aikatiedot voidaan esittää selkeässä ja havainnollisessa muodossa. Terveystieteiden organisaatiot ja ohjelmistotoimittajat voivat useimmissa hoitoon liittyvissä tiedoissa harkita käyttötarkoituksen mukaan millä tarkkuudella kukin aikamäärä on ilmaistava ja näytettävä käyttöliittymissä.

Lähteet

Alanära, Tellervo 2017. Kysely- ja välityspalvelu: Toiminnallinen määrittely, versio 1.2. Ohjaus 11/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-889-0> [3.5.2018]

Alueuudistus 2018. Maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelu. <http://alueuudistus.fi/etusivu> [3.5.2018]

Bentsen 1986. Bentsen, B 1986. International Classification of Primary Care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 4:1, 43-50. <https://doi.org/10.3109/02813438609013970> [3.5.2018]

Britt ym. 2016. Britt H, Miller GC, Bayram C, Henderson J, Valenti L, Harrison C, Pan Y, Charles J, Pollack AJ, Chambers T, Gordon J, Wong C. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. General practice series no. 41. Sydney: Sydney University Press, 2016, Australia. <http://purl.library.usyd.edu.au/sup/9781743325155> [30.5.2018]

HL7-määrittelyt 2018. <https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/hl7> [19.6.2018]

JHS 2012. JHS 110 kuntien numerotunnus. JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta, 5.10.2012 <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS110/JHS110.pdf> [2.5.2018]

Kanta 2011. Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne. Versio 4.31, 11.4.2011. <https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/hl7> [19.6.2018]

Kantajulkaisu 2018. Kanta-palvelujen julkaisusuunnitelma palvelujen kehittämisestä. <https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/julkaisuaikataulu> [19.6.2018]

Komulainen, Jorma (toim.) 2012. Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6> [13.3.2018]

Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka ja Mäkelä, Matti 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285> [13.3.2018]

Korhonen, Matti 2017. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Versio 2.1. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 23.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/julkaisut/maarittelyt> [3.5.2018]

Korhonen, Matti ja Rätty, Tarja 2017. Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille. Versio 2.1. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 23.3.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/julkaisut/maarittelyt> [3.5.2018]

Kvist, Märten ja Savolainen, Tuija (toim.) 2010. ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus> [13.3.2018]

Kärkkäinen, Anna ja Rantala, Sinikka 2017. Lääketieteellisen kuvantamisen kansalliset toiminnalliset määrittymykset: Valtakunnallinen terveydenhuollon kuva-aineistojen arkisto - Kvarkki: Toiminnallinen määrittely: Versio 1.2. Ohjaus 2/2017, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-818-0> [3.5.2018]

Lehtonen, Jari, Lehtovirta, Jukka ja Mäkelä-Bengs, Päivi 2013. THL-Toimenpideluokitus 2013. Ohjaus 4/ 2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-858-2> [3.5.2018]

Liikkumisresepti 2018. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti> [13.3.2018]

Liikunta 2016. Käypä hoito suositus -liikunta. Julkaistu: 13.1.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075> [13.3.2018]

Mäkelä-Bengs, Päivi, Virkkunen, Heikki ja Vuokko, Riikka 2015. Lääkemerkinnän tekeminen ja tietosisältö 2016. Toiminnallinen määrittely, versio 2015. Ohjaus 1/2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-422-9> [13.3.2018]

Potilastiedon arkiston määrittelyt 2018.
<https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto> [19.6.2018]

Soler ym. 2012. Soler Jean K, Okkes I, Oskam S, van Boven K, Zivotic P, Jevtic M, Dobbs F, Lamberts H. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. *Family Practice* 29/2012; 283–298, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr098> [3.5.2018]

STM 2012. Potilasasiakirjaopas. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. STM:n julkaisuja 4/2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3337-8> [13.3.2018]

STM 2013. Terveystienhuolto Suomessa. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7>
[13.3.2018]

Tautiluokitus ICD-10 2011. Tautiluokitus ICD-10, 3. painos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423> [13.3.2018]

Terveysportti 2018. Duodecimin sanakirjat. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/koti>
[3.5.2018]

THL - Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet 2018. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet> [3.5.2018]

THL - Elintavat 2018. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>
[13.3.2018]

THL - Huumeet 2018. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/ehkaisevan-paihdetyon-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/eri-ongelmien-varhainen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto/huumeet> [3.5.2018]

THL - Kansantaudit 2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit> <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat> [13.3.2018]

THL - Lapset, nuoret ja perheet 2018. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon-tueksi/lomakkeet/lomakkeet-koulu-ja-opiskeluterveydenhuoltoon> [13.3.2018]

Turunen, Seppo 2015. Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus 2016. Ohjaus 16/ 2015, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-600-1> [3.5.2018]

Turunen, Seppo 2017. Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määritykset 2016 : Versio 2017. Ohjaus 7/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-862-3> [3.5.2018]

Valvira 2015. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Valviran ohje 3/2015. <http://www.valvira.fi/-/hoitosuunnitelmat-ja-dnr-paatos-pitkaaikaishoidossa-seka-ensihoito> [3.5.2018]

Virkkunen, Heikki, Mäkelä-Bengs, Päivi, Suhonen, Jari ja Vuokko, Riikka 2016. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely - versio 2016. Ohjaus 7/ 2016, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-641-4> [13.3.2018]

Vuokko, Riikka; Kärkkäinen, Anna ja Suhonen, Jari 2016. Potilastiedon suostumustenhallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan - Versio 2016. Ohjaus 6/2016, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-633-9> [13.3.2018]

Liite 1: Keskeiset käsitteet ja ilmaukset

Asiakastieto tarkoittaa sosiaali- tai terveydenhuollon asiakasta tai potilasta koskevaa henkilötietoa, joka on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön kirjaamaa ja hallinnoimaa mukaan lukien reseptitiedot ja lääkkeiden toimitustiedot. Myös sellaiset asiakkaan tuottamat tiedot, jotka liitetään osaksi asiakas- tai potilasasiakirjoja, ovat asiakastietoa. Ks. myös hyvinvointitieto ja potilastieto.

Elinluovutustahto on tahdonilmaisu, jolla henkilö määrää itseään koskevasta elinluovutuksesta. Elinluovutus tarkoittaa ihmisen elimien, kudoksien ja solujen luovuttamista lääketieteelliseen käyttöön.

Episodi, hoitoepisodi (episode of care) on potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvä, ajallisesti etenevä hoidon kokonaisuus, johon voi sisältyä useita hoitotapahtumia.

Hoidon arviointi on hoitoprosessin vaihe, jossa arvioidaan hoidon toteutusta ja potilaan voimissa tapahtuneita muutoksia suhteessa hoidon suunnittelussa asetettuihin hoidon tavoitteisiin.

Hoidon suunnittelu on hoitoprosessin vaihe, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö, potilas ja tarvittaessa potilaan omainen tai edustaja yhteistyössä suunnittelevat potilaan hoidon tavoitteet ja toteutuksen.

Hoidon toteutus on hoitoprosessin vaihe, jossa potilaalle annetaan hoitoa.

Hoito käsittää ne potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimet, jotka tähtäävät potilaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä toimintakyvyn ylläpitoon tai hänen terveydentilaansa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen tai poistamiseen.

Hoitojakso on ajanjakso, jonka potilas on kirjattuna avo- tai laitoshoidon saajaksi.

Hoitoprosessi on potilaan tiettyyn terveysongelmien kokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostama terveydenhuollon palveluprosessi.

Hoitosuhde on tiettyyn hoitovastuuseen liittyvä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välinen vuorovaikutussuhde.

Hoitotahto on tahdonilmaisu, jolla henkilö ilmaisee tulevaa hoitoaan koskevat toiveet siltä varalta, ettei hän pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin vakavan sairauden, tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi.

Hyvinvointitieto tarkoittaa kansalaisen terveyttä ja hyvinvointia koskevaa henkilötietoa, joka on kansalaisen tuottama ja hallinnoima ja joka ei sisälly asiakastietoihin.

Kanta-palvelut tarkoittavat Kelan tarjoamia ja ylläpitämiä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja asiakastietojen ja hyvinvointitietojen käsittelyä varten.

Kirjaus, ks. potilaskertomusmerkintä.

Koodistopalvelu on Terveystietokeskuksen tarjoama palvelu, jonka tehtävänä on julkaista, jakaa ja ylläpitää valtakunnallisesti yhtenäisiä, sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä hyödynnettäviä tietorakenteita sekä organisaatiotyyppisiä rekistereitä.

Käynti on hoitotapahtuma, jossa potilas tulee terveysongelman vuoksi terveydenhuollon ammattihenkilön tutkimukseen tai hoitoon tai jossa ammattihenkilö menee potilaan luo.

Metatieto tarkoittaa tietoa, joka kuvaa aineiston kontekstia, sisältöä tai rakennetta sekä ohjaa ja dokumentoi sen käsittelyä ja hallintaa.

Näkymä on potilastietojärjestelmässä oleva näytömuodon rakenne, joka sitoo yksittäiset tiedot tiettyyn tietokokonaisuuteen tai asiayhteyteen.

Omakanta on Kanta-palveluihin kuuluva asiointipalvelu, jonka avulla kansalainen voi katsella, hyödyntää ja hallinnoida asiakastietojaan ja hyvinvointitietojaan.

Otsikko on nimitys, jonka avulla potilaskertomusmerkintöjen tekijä ryhmittelee merkintöjä asiaryhmiin ja sitoo niitä asiayhteyteen.

Palvelunantaja on toimija, joka järjestää, tuottaa tai toteuttaa palveluja. Palvelunantaja on yläkäsite, joka kattaa sekä palvelunjärjestäjät, -tuottajat että -toteuttajat. Palvelunantaja voi olla organisaatio tai sen osa, tai yksittäinen henkilö.

Palvelutapahtuma on terveydenhuollon palvelujenantajan ja potilaan välinen yksittäisen palvelun järjestäminen tai toteuttaminen sekä siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvät tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot ja yhteydenotot. Palvelutapahtuma on esimerkiksi hoitojakso, käynti tai muu vastaava kontakti.

Potilasasiakirja on terveydenhuollon asiakirja, joka sisältää potilastietoa ja jota käytetään, joka laaditaan tai joka saapuu potilaan hoidon järjestämisen ja toteutuksen yhteydessä.

Potilaskertomus on potilasasiakirja, joka sisältää aikajärjestyksessä eteneviä merkintöjä potilaan hoidosta.

Potilaskertomusmerkintä on yhden käyttäjän yksittäiseltä potilaskertomuksen näkymältä samalla kertaa kirjaamien tai mittauslaitteen tai kuvantamislaitteen tuottamien, samojen metatietojen sitoma potilastietojen kokonaisuus. Se on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto.

Potilastiedon arkisto on Kanta-palveluihin kuuluva tietojärjestelmäpalvelu, jonka avulla potilastiedot arkistoidaan pysyvää sähköistä säilytystä varten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden ja Omakannan kautta kansalaisten hyödynnettäviksi sekä luovutettaviksi sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolisille toimijoille.

Potilastieto tarkoittaa potilaan terveydentilaa tai potilasta koskevaa muuta henkilökohtaista tietoa sisältävää asiakastietoa.

Potilastietojärjestelmä on potilastietojen tallentamiseen ja käsittelyyn tarkoitettu tietojärjestelmä.

Rakenteinen tieto tarkoittaa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Tiedon rakenteisuus voi vaihdella esimerkiksi sovitun otsikon alle kirjattavasta vapaasta tekstistä tietyllä koodilla kirjaamiseen. Tiedon rakenteisuus mahdollistaa tiedon automaattista käsittelyä.

Terveydenhuollon ammattihenkilö on terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu henkilö. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat kaikki laillistetut, luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattihenkilöt.

Terveydenhuollon itsenäinen ammatinharjoittaja on terveydenhuollon ammattihenkilö, joka ei ole palvelus- tai virkasuhteessa vaan tuottaa palvelut itsenäisesti suoraan asiakkaalle.

Tiedonhallintapalvelu on Kanta-palveluihin kuuluva tietojärjestelmäpalvelu, jonne tallennetaan kansalaiselle annettava Kanta-informointi ja hänen tekemänsä tahdonilmaisut ja jonka avulla arkistoiduista asiakastiedoista koostetaan potilaan hoidon tai asiakkaan asian käsittelyn kannalta keskeiset tiedot sekä ylläpidetään potilaan terveys- ja hoitosuunnitelmaa.

Tulotilanne on hoitoprosessin vaihe, jossa selvitetään terveydenhuollon organisaatioon saapuneen potilaan tulosyyn sekä suoritetaan tulossyn perusteella tarpeelliseksi arvioituja tutkimuksia ja selvityksiä.

Liite 2: Kertomusesimerkki

LAS Matti Mallikas
YHT 110397–1111

Hoidon arviointi

Loppuarvio KYS, Lastentaudit, 2405
1.12.2006 - 3.12.2006

Tulosy Tyypin 1 diabetes, pumppuhoidon aloitus

Esitiedot (anamneesi) Neljä vuotta diabetesta sairastanut poika, jolla sokeritasapaino heitellyt pistoshoidolla ja päädytty osastohoitajakseen pumppuhoidon aloitusta varten. Viime kuukausina ollut lievää väsymystä sokeritason heittelyyn liittyen. Lisäksi viikon verran tuntenut oikeassa polvitaipessa lievää kipua.

Nykytila (status) Tutkittaessa todettiin yleisiltään hyväkuntoinen poika. Kliinisessä tutkimuksessa oikeassa polvitaipessa todettiin lievä palpaatioarkuus ja Bakerin kystaan sopiva palpaatiolöydös, ja kipu tulkittiin johtuvan Bakerin kystasta. Muuten statuksessa ei poikkeavaa.

Hoitotoimet Matille ja hänen vanhemmilleen opetettiin insuliinipumppuhoidon periaatteet. Matti ja vanhemmat oppivat pumppuhoidon hyvin. Siirryttiin pumppuhoitoon. Insuliiniannos pieneni 10 %.

Diagnoosit E10.9 Tyypin 1 diabetes (*päädg, todennäköinen tai varma, pysyväisluonteinen*)
M71.2 Bakerin kysta (*sivudg, epäily, määräaikainen*)
E03.8 Kilpirauhasen vajaatoiminta (*sivudg, todennäköinen tai varma, pysyväisluonteinen*)

Tutkimukset B-GHb-A1c 8.3 % (1.12.2006)
S-TSH 2,7 mmol/l (1.1.2006)

Suunnitelma Kotiutuessa Novorapid perusannos oli 9 yks, bolukset 3+3+3+2 yks. Sovittu soittoaika 2 vk kuluttua ja 2 kk kuluttua käynti TK:ssa. Bakerin kystan suhteen toistaiseksi ei tarvetta toimenpiteisiin, myöskään kipulääkettä ei tarvittu.

4.12.2006
Liisa Lääkäri SV-12345
lastenendokrinologian erl